

Aus der Psychiatrischen Ambulanz des Klinikums Steglitz
der Freien Universität Berlin
Ärztlicher Leiter: Dr. Horst Berzewski

**Motivation, soziale Situation und
Persönlichkeitsprofile bei Antrag auf
Schwangerschaftsabbruch bei
Nulliparae im Vergleich zu einer
gleichgroßen Gruppe von Frauen
mit Kinderwunsch**

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Anne-Christine Brennecke
aus Berlin

1977

Aus der Psychiatrischen Ambulanz des
Klinikums Steglitz der Freien Universität Berlin
Ärztlicher Leiter: Dr. Horst Berzewski

MOTIVATION, SOZIALE SITUATION UND PERSÖNLICHKEITS-
PROFILE BEI ANTRAG AUF SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH BEI
NULLIPARAE IM VERGLEICH ZU EINER GLEICHGROSSEN
GRUPPE VON FRAUEN MIT KINDERWUNSCH

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an den

Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Anne - Christine Brennecke

aus Berlin

1977

Referent: Priv. Doz. Dr. med. W. Greve

Koreferent: Prof. Dr. med. H. Lax

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der
Freien Universität Berlin



Promoviert am: 9. September 1977

MEINEN LIEBEN ELTERN
IN DANKBARKEIT

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. Einleitung	1
B. Rechtliche und formelle Grundlagen zum legalen Schwangerschaftsabbruch	3
C. Schwangerschaftsabbruch aus psychiatrischer Sicht	5
D. Auswahl der Patientinnen und der Kontrollgruppe und Durchführung der Untersuchung	8
E. Testmaterial	11
1. Der GIESSEN - TEST	11
2. Das FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR	13
3. Die Giessener Beschwerdeliste	14
4. Sozialer Fragebogen des Klinikums Steglitz	17
F. Auswertung und Diskussion	18
1. GIESSEN - TEST	18
2. FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR	27
3. Giessener Beschwerdeliste	31
4. Sozialer Fragebogen	36
5. Persönliches Interview und Nachinterview	51
G. Zusammenfassung	63
Anhang	
Literaturverzeichnis	

A. EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Motivation, sozialer Situation und Persönlichkeitsprofilen von Frauen, die im Zeitraum von Mai bis Oktober 1974 einen Antrag auf Schwangerschaftsabbruch bei der Ärztekammer Berlin stellten. Die untersuchten Patientinnen stellten eine unausgelesene Gruppe dar und setzten sich aus Frauen zusammen, die der Psychiatrischen Ambulanz des Klinikums Steglitz der Freien Universität Berlin als einer der beiden Gutachterstellen zugewiesen wurden.

Untersucht wurden 33 Patientinnen im Alter von 15 bis 43 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 24 Jahren. Ausländerinnen waren aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten, die sich bei der Beantwortung der Fragebögen ergeben hätten, von der Untersuchung ausgenommen.

Die Kontrollgruppe setzte sich aus 33 schwangeren Frauen im Alter von 20 bis 35 Jahren zusammen, die die Schwangerenberatungsstelle des Klinikums Steglitz aufsuchten. Die Auswahl der Kontrollpatientinnen erfolgte rein zufällig; alle Frauen befanden sich jedoch in der Frühschwangerschaft bis spätestens zum 4. Schwangerschaftsmonat.

Im Gegensatz zu den meisten Veröffentlichungen auf diesem Gebiet sind hier nur Nulliparae befragt worden, um auf deren besondere Problematik hinzuweisen.

Die einzelnen Problemstellungen dieser Arbeit wurden durch unterschiedliche Untersuchungsmethoden angegangen:

Die Motivation der Patientinnen erfragte ich bei jeder Patientin durch ein ausführliches persönliches Interview.

Die soziale Situation der Patientinnen ergab die Auswertung

eines entsprechenden sozialen Fragebogens der Psychiatrischen Ambulanz des Klinikums Steglitz, sowie in vielen Fällen auch das persönliche Interview.

Die Persönlichkeitsprofile der Patientinnen habe ich durch Verwendung des GIESSEN - TESTs und des FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTARs in Erfahrung zu bringen versucht.

Ein Teil der verwendeten Fragebogen ist im Anhang dieser Arbeit einzusehen.

Die Ergebnisse des GIESSEN - TESTs und des FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTARs wertete ich durch elektronische Datenverarbeitung aus.

B. RECHTLICHE UND FORMELLE GRUNDLAGE ZUM LEGALEN SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung bestand in der Bundesrepublik Deutschland folgende Rechtsgrundlage gemäß § 218 des Strafgesetzbuches:

" Eine Frau, die ihre Leibesfrucht abtötet oder die Abtötung durch einen anderen zuläßt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren bestraft. "

" Wer sonst die Leibesfrucht einer Schwangeren abtötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren, in besonders schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren bestraft. "

Auch " wer einer Schwangeren ein Mittel oder einen Gegenstand zur Abtötung der Leibesfrucht beschafft, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bestraft. "

Diesem Gesetz untersteht also auch der Arzt, der aus medizinischer Indikation einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt.

In seinem Kommentar zum Strafgesetzbuch äußert dazu Dr. E. Dreher¹⁾:

" Im Falle medizinischer Indikation half man sich vor 1933 mit dem Grundsatz der Güter- und Pflichtabwägung und der Lehre vom übergesetzlichen Notstand.

1) Beck'sche Kommentare
Dr. Eduard Dreher
STGB und Nebengesetze
München 33. Auflage 1972

Durch § 14 I Erbgesundheitsgesetz vom 14.7.1933 idF des Gesetzes v. 26.6.1935 wurden die Voraussetzungen für die aus medizinischen Gründen zulässige Schwangerschaftsunterbrechung gesetzlich festgelegt. Danach war die Schwangerschaftsunterbrechung zulässig, wenn sie ein Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ersten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Frau und mit deren Einwilligung vornimmt. Außerdem muß nach Art. 5 AVO eine Gutachterstelle den Eingriff für erforderlich halten. Wo § 14 nicht mehr gilt, sind wieder die vom Reichsgericht aufgestellten Grundsätze des übergesetzlichen Notstandes anzuwenden."

Das Reichsgerichtsurteil von 1927 stellt den Schwangerschaftsabbruch dann als übergesetzlichen Notstand dar, wenn die Abtötung der Leibesfrucht zur Abwendung einer gegenwärtigen ersten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren durchgeführt wurde. Voraussetzung ist, daß die Frau dem Eingriff zustimmt und der Schwangerschaftsabbruch von einem approbierten Arzt vorgenommen wird.

Liegt nun der Fall vor, daß sich eine Frau außerstande fühlt, die bestehende Schwangerschaft auszutragen, so muß sie sich zunächst an einen niedergelassenen Arzt wenden, der dann bei der zuständigen Ärztekammer einen Antrag auf Schwangerschaftsabbruch stellt.

Dieser Antrag muß eine ausreichende Begründung enthalten, warum der Arzt durch die Schwangerschaft das Leben oder die Gesundheit der Mutter für gefährdet ansieht. Die Ärztekammer benennt dann jeweils zwei Gutachter, die die Frau aufsuchen muß. Kommen beide Gutachter zu dem Ergebnis, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft für das Leben oder die Gesundheit der Frau notwendig ist, teilt die Ärztekammer dies der Patientin mit, die sich dann um eine Klinik kümmern muß, die den Eingriff vornimmt. Lautet das Urteil eines der beiden Gutachter negativ, so bestellt die Ärztekammer einen Obergutachter, dessen Urteil dann allein entscheidend ist.

C. SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH AUS PSYCHIATRISCHER SICHT

Das Problem der Genehmigung zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation ist in den letzten Jahren in zunehmendem Maße zum Gegenstand psychiatrischer Begutachtung geworden.

Die beiden Hauptaufgaben des Psychiaters bestehen darin, zu entscheiden, ob erstens durch die unerwünschte Schwangerschaft das Leben der Frau durch einen eventuellen Suicidversuch gefährdet ist, wenn dem Antrag auf Schwangerschaftsabbruch nicht stattgegeben wird. Zweitens stellt sich oft die Frage, ob die Gesundheit der Frau durch eine meist reaktive Depression, ausgelöst durch die unerwünschte Schwangerschaft, ernsthaft beeinträchtigt oder gefährdet ist.

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, daß die Zahl der somatischen Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch mehr und mehr zurückgeht, während die psychiatrischen Indikationen die Oberhand gewinnen. Dies zeigt die nachfolgende Tabelle der Ärztekammer Berlin aus den Jahren 1971 bis 1975.

Die Zahlen der Tabelle 1 sind dem Tätigkeitsbericht der Gutachterstelle für gesetzliche Schwangerschaftsunterbrechung und gesetzliche Sterilisation bei der Ärztekammer Berlin entnommen.

TABELLE 1

JAH	Anträge	genehm. SCHA	Anträge SCHA + ST.	Ablehnungen	nicht entschieden	Indikation psych.	sonst.	Steril.
1971	602	250	123	38	36	228	145	155
1972	1227	589	237	52	74	614	212	275
1973	2599	1456	456	59	167	1721	191	461
1974	5623	3133	723	69	390	3527	329	1377
1975	7272	4456		89	469	4045	411	2258

In dem genannten Zeitraum wurden bei der Ärztekammer Berlin insgesamt 17.323 Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung, Schwangerschaftsunterbrechung und gleichzeitige Sterilisation sowie alleinige Sterilisation gestellt. Davon entfallen 4.526 Anträge nur auf die Sterilisation, die in diesem Zusammenhang nicht weiter interessiert, aufgrund der statistischen Zusammenstellung des Tätigkeitsberichtes der Ärztekammer aber mit aufgenommen werden mußten.

Von den gestellten Anträgen wurden insgesamt 307 Anträge abgelehnt, 9.135 Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung mit und ohne Sterilisation aus psychiatrischer Indikation genehmigt, 1.199 Anträge aus allen sonstigen medizinischen Indikationen.

1.136 Anträge wurden nicht entschieden. Die Gründe hierfür waren

- vorheriger Abort
- Antragsrückziehung
- keine Weiterverfolgung durch die Antragstellerin
- Zurückweisung an den Antragsteller wegen nicht genügend begründeter Antragstellung oder Geschäftsunfähigkeit der Antragstellerin.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, hat die Zahl der Anträge seit 1971 erheblich zugenommen und zwar um das Zwölfwache von 602 auf 7.272 Anträge pro Jahr. Interessanterweise hat die Zahl der psychiatrischen Indikationen besonders stark zugenommen.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Indikationen in Prozentangaben:

TABELLE 2

JAHR	psych. Ind.	sonst. Ind.
1971	61,13 %	38,87 %
1972	74,33 %	25,67 %
1973	90,01 %	9,99 %
1974	91,47 %	8,53 %
1975	90,78 %	9,22 %

Die Anzahl der abgelehnten Anträge hat in den Jahren 1971 - 1975
abgenommen und zwar machten die Ablehnungen

im Jahre	1971	10,18 %
	1972	6,29 %
	1973	3,09 %
	1974	1,79 %
	1975	1,99 % aus.

D. AUSWAHL DER PATIENTINNEN UND DER KONTROLLGRUPPE UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Die psychiatrische Ambulanz des Klinikums Steglitz gehört zu den Gutachterstellen, die psychiatrische Gutachten für einen legalen Schwangerschaftsabbruch erstellen.

Die vorliegende Untersuchung fand in dem Zeitraum von Mai bis Oktober 1974 statt.

Sobald der psychiatrischen Ambulanz eine Patientin von der Ärztekammer Berlin zugeleitet wurde, benachrichtigte man mich, um mit der Patientin ein persönliches Gespräch vereinbaren zu können. Ich erklärte den Frauen nachdrücklich, daß mein Interview keinerlei Einfluß auf das von den Ärzten der Psychiatrischen Ambulanz zu erstellende Gutachten habe. Von den 33 Patientinnen erklärten sich 30 sofort, 2 weitere nach einigem Zögern und eine nach längerem Zureden zu dem Gespräch bereit. Das Interview fand in den Räumen der Psychiatrischen Ambulanz unter vier Augen statt.

Jedes Interview begann mit einer eineinhalbstündigen Unterhaltung mit der Patientin.

Das Gespräch basierte auf den folgenden 13 Fragen:

1. Die Reaktion der Patientin, als sie die Schwangerschaft bemerkte.
2. Konfliktsituation, die Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen?
3. Reaktion des männlichen Partners auf die Schwangerschaft bzw. seine Haltung zu einem Schwangerschaftsabbruch?

4. Art der Beziehung zu dem Partner?
5. Personen, die der Patientin bei ihren Schwierigkeiten behilflich waren.
6. Einstellung der Angehörigen?
7. Einstellung des Arbeitgebers?
8. Werdegang bis zur Gutachterstelle und Erfahrung mit den Gutachtern.
9. Vorwürfe (moralischer, religiöser, anderer Art)?
10. Grundsätzliche Haltung zu Kindern.
11. ev. Kinderwunsch? unter welchen Bedingungen?
12. Maßnahmen zur Kontrazeption?
13. Motivation zum Schwangerschaftsabbruch?

Auf Punkt 13. (Motivation) wurde besonderen Wert gelegt.

Nach dem persönlichen Interview wurden die Patientinnen gebeten, einige Test- bzw. Fragebögen auszufüllen. Im einzelnen wurde ihnen folgendes vorgelegt:

1. der GIESSEN-TEST (GT)
2. das FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR (FPI)
3. die GIESSENER BESCHWERDELISTE (BSB)
4. ein Sozialer Fragebogen des Klinikums Steglitz

Dieser Teil der Untersuchung nahm im allgemeinen etwa eine Stunde in Anspruch. Die Patientinnen waren während des Ausfüllens der Frage- bzw. Testbögen ungestört. Hilfen wurden nicht gegeben und erwiesen sich auch nicht als notwendig.

Alle Patientinnen wurden 4 Wochen bis 2 Monate nach dem erfolgten Interview entweder persönlich aufgesucht, brieflich oder telefonisch um Information über die Erfahrungen während des Schwangerschaftsabbruchs und ihrem Befinden danach befragt. Nur in wenigen Fällen gelang es mir nicht, mich erneut mit den Patientinnen in Verbindung zu setzen.

Auf die Ergebnisse der Haupt- sowie der Nachinterviews gehe ich in Kapitel F. ein. Ebenso auf die Ergebnisse der vier Test- bzw. Fragebögen.

Da die Kontrollgruppe mit meiner Patientengruppe ein gemeinsames Merkmal aufweisen mußte, stellte ich meine Patientinnen Frauen der Schwangerenberatungsstelle des Klinikums Steglitz gegenüber, die sich ebenso wie meine Patientinnen in den ersten Schwangerschaftsmonaten befanden, ihr Kind jedoch auszutragen wünschten. Da eine größere zeitliche Belastung dieser Kontrollgruppe nicht zumutbar war, beschränkte ich mich darauf, den Patientinnen der Schwangerenberatungsstelle die vier Test- bzw. Fragebögen vorzulegen. Das auf Seite 8 geschilderte persönliche Interview fand nicht statt.

Die Fragensammlung wurde den Patientinnen mit einer kurzen Erläuterung zum Sinn und Zweck dieser Untersuchung vorgelegt und etwa 70 % der Patientinnen kamen meiner Bitte nach, die Bögen gewissenhaft und ohne fremde Hilfe auszufüllen. Auf die Ergebnisse wird im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz eingegangen (vgl. Kapitel F). Die Untersuchung war am 10. Oktober 1974 abgeschlossen.

Die Auswertung des Giessen-Tests und des FPI erfolgten durch Computerauswertung mit Hilfe von FOrtran-Programmen, die mir von Giessen bzw. Freiburg zur Verfügung gestellt wurden.

Die Auswertung des Beschwerdefragebogens sowie des sozialen Fragebogens erfolgten handschriftlich.

E. TESTMATERIAL

1. Der GIESSEN - TEST (GT)

Der GIESSEN - TEST wurde an der Psychosomatischen Klinik Gießen von Dieter Beckmann und Horst-Eberhard Richter entwickelt.

Sie schufen damit ein Instrument zur Individual- und Gruppendiagnostik, das in besonderem Umfang soziale Einstellungen und Reaktionen einbezieht³⁾. Der GIESSEN - TEST umfaßt 40 Items. Zur Beantwortung liegt eine Skala vor, deren Mittelpunkt bei 0 (Null) liegt und die jeweils von 1 bis 3 nach rechts bzw. links reicht.

Der Patient soll sein Verhalten zwischen zwei extremen Darstellungen im Vergleich zu anderen Menschen einschätzen. Treten beim Patienten Zweifel auf, ob er seinen augenblicklichen oder seinen durchschnittlichen Zustand beschreiben soll, so wird er angewiesen, sich so darzustellen, wie er sich jetzt erlebt⁴⁾.

Allen Patientinnen wurde ein GT-EIGENURTEIL-Exemplar vorgelegt. Parallel zu diesem Eigenurteil wurde von mir ein Fremdurteil aller Patientinnen der Gruppe aus der Psychiatrischen Ambulanz angefertigt, dessen Ergebnisse in Kapitel F. den jeweiligen Ergebnissen des Eigenurteils gegenübergestellt werden.

Der GIESSEN - TEST besteht aus sechs Standardskalen, jeder Skala sind jeweils sechs Items zugeordnet, deren Themen und Interpretation unten näher aufgeführt sind.

Item 12, 20, 32 und 36 sind keiner Standardskala zugeordnet.

3) GT S. 9

4) GT S. 37

BEDEUTUNG DER SKALEN:

SKALA 1:

Thema: Soziale Resonanz

Extreme: Negativ sozial resonant - positiv sozial resonant

SKALA 2:

Thema: Dominanz

Extreme: dominant - gefügig

SKALA 3:

Thema: Kontrolle

Extreme: unterkontrolliert - zwanghaft

SKALA 4:

Thema: Grundstimmung

Extreme: hypomanisch - depressiv

SKALA 5:

Thema: Durchlässigkeit

Extreme: durchlässig - retentiv

SKALA 6:

Thema: Soziale Potenz

Extreme: sozial potent - sozial impotent

2. Das FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR (FPI)

Das FPI wurde von Prof. Dr. Jochen Fahrenberg, Dr. Rainer Hampel und Prof. Dr. Herbert Selg vom Psychologischen Institut der Universität Freiburg entwickelt.

Der Fragenkatalog des FPI läßt im Gegensatz zum GIESSEN - TEST nur die Entscheidung "stimmt" und "stimmt nicht" zu.

Die Frageninhalte beziehen sich auf Befinden, Verhalten, Einstellungen, Gewohnheiten und körperliche Beschwerden⁵⁾.

Auch der FPI besteht aus mehreren Skalen, deren Themen im folgenden aufgeführt sind:

FPI 1:	Nervosität
FPI 2:	Aggressivität
FPI 3:	Depressivität
FPI 4:	Erregbarkeit
FPI 5:	Geselligkeit
FPI 6:	Gelassenheit
FPI 7:	Dominanzstreben
FPI 8:	Gehemmtheit
FPI 9:	Offenheit

außerdem die drei zusätzlichen Skalen:

FPI E:	(Extraversion - Introversion)
FPI N:	(Emotionale Labilität - Stabilität)
FPI M:	(Maskulinität - Femininität) ⁶⁾

Um das Testverfahren für die Patientinnen etwas abzukürzen, wurde die Halbform FPI - A verwendet, die 114 Items, statt der 212 Items der Gesamtform aufweist.

5) FPI S. 7

6) FPI S. 7

3. Die GIESSENER BESCHWERDELISTE (BSB)

Da der GIESSEN - TEST auf körperliche Symptome gar nicht eingeht und auch das FPI diese nur in beschränktem Umfang behandelt, wurde den Patientinnen die Giessener Beschwerdeliste vorgelegt, die von H. Zenz⁷⁾ entwickelt wurde.

Es handelt sich hierbei um eine Sammlung von 58 Items zu somatischen Beschwerden. Zur Beantwortung liegen Aussagen von "nicht" bis "stark" in einer fünfteiligen Bewertungsskala vor.

Die folgende Tabelle zeigt die Liste der im BSB erfragten Beschwerden. Die den Patientinnen vorgelegte Liste ist im Anhang einzusehen.

7) "Empirische Befunde über die Giessener Fassung einer Beschwerdeliste" aus der Zeitschrift für Psychotherapie u. med. Psychologie 20. Jahrgang 1970.

TABELLE 3

Liste der im BSB erfragten Beschwerden

Item-Nr.	Item-Bedeutung
1	Schwächegefühl
2	Herzklopfen, -jagen, -stolpern
3	Druck- oder Völlegefühl im Leib
4	Neigung zum Weinen
5	Juckreiz
6	Ohnmachtsanfälle
7	Übermäßiges Schlafbedürfnis
8	Geschlechtliche Untererregbarkeit
9	Gelenk- oder Gliederschmerzen
10	Schwindelgefühl
11	Kreuz- oder Rückenschmerzen
12	Starkes Schwitzen
13	Nacken- oder Schulterschmerzen
14	Gehstörungen
15	Erbrechen
16	Sehstörungen
17	Anfälle
18	Übelkeit
19	Gewichtszunahme
20	Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals
21	Drang zum Wasserlassen
22	Hautveränderungen
23	Aufstoßen
24	Überempfindlichkeit gegen Kälte
25	Sodbrennen oder saures Aufstoßen
26	Verkrampfung im Arm beim Schreiben
27	Kopfschmerzen
28	Überempfindlichkeit gegen Wärme
29	Rasche Erschöpfbarkeit
30	Schlafstörungen
31	Geschlechtliche Übererregbarkeit
32	Müdigkeit
33	Gleichgewichtsstörungen
34	Schluckbeschwerden
35	Hustenreiz
36	Gefühl der Benommenheit
37	Taubheitsgefühl
38	Verstopfung
39	Appetitlosigkeit
40	Hitzewallungen

41	Schweregefühl in den Beinen
42	Mattigkeit
43	Durchfälle
44	Lähmungen
45	Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust
46	Zittern
47	Halsschmerzen
48	Leichtes Erröten
49	Kalte Füße
50	Heißhunger
51	Magenschmerzen
52	Anfallsweise Atemnot
53	Unterleibsschmerzen
54	Gewichtsabnahme
55	Druckgefühl im Kopf
56	Beschwerden bei der Periode (bei Frauen)
57	Anfallsweise Herzbeschwerden
58	Sprachstörungen

4. DER SOZIALE FRAGEBOGEN

Als letztes wurde den Patientinnen ein Fragebogen vorgelegt, der besonders die soziale Situation der Patientinnen beleuchten sollte. Dieser Fragebogen wurde am Klinikum Steglitz entwickelt. Der Fragebogen besteht aus 25 Fragen und beschäftigt sich mit Themen wie Alter, Religion, Familienstand, Wohnverhältnissen, Einkommen, beruflicher Bildung und Ausübung sowohl der Patientinnen als auch deren Partner. Des weiteren befragt er die Patientinnen auch über die Situation in ihrer Kindheit.

Der Test wurde beiden Patientinnen-Gruppen vorgelegt, die Ergebnisse sind in Kapitel F.4. einander tabellarisch gegenübergestellt.

Der Soziale Fragebogen ist im Anhang einsehbar.

F. AUSWERTUNGEN UND DISKUSSION

1. Der GIESSEN - TEST (GT)

Die Auswertung des GIESSEN-TESTs führte ich am Rechenzentrum der Universität (TU) Karlsruhe durch.

Das Programm des GIESSEN-TESTs entnahm ich dem Handbuch von Beckmann und Richter⁸⁾. Das Programm ist in FORTRAN geschrieben und besteht außerdem aus einem obligatorischen Datensatz, der die Normenparameter für die sechs Skalen, die T-Tabelle für die Skalen M und E sowie die Rangplatztabelle für die im Programm errechneten T-Werte enthält⁹⁾.

Weiterhin wurden dem Programm drei eigene Datenteile beigelegt

1.1. GT-EPP

EPP kennzeichnet die Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschten. E steht hier für Eigenurteil.

1.2. GT-FPP

FPP kennzeichnet ebenfalls die Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz, jedoch wurden hier die Daten dem Fremdurteil GT entnommen.

1.3. GT-EKP

EKP kennzeichnet die Gruppe der Kontrollpatientinnen aus der Schwangerenberatungsstelle. E steht hier wieder für Eigenurteil.

a) Aufbau des eigenen Datenteils:

- die ersten 40 Spalten jeder Lochkarte enthalten die Rohwerte der Items jeweils eines Patienten
- Spalte 73 und 74 enthalten jeweils 2 Buchstaben als Datename, wobei DA stets die Eigenurteils-Daten, FR die Fremdurteils-Daten bedeuten.

8) GT S. 41

9) GT S. 39

- die Numerierung der Patientinnen erfolgte in den Spalten 78, 79 und 80.

b) Programmänderungen

Da in dem vorliegenden Fall nur Frauen als Probanden untersucht wurden, ersetzte ich in dem obligatorischen Datenteil des FORTAN-Programmes die Normwerte der Standardisierungsstichprobe für die sechs Skalen ¹⁰⁾ durch die Normwerte der Standardskalen für das weibliche Geschlecht. Da außerdem die meisten der von mir untersuchten Frauen zwischen 18 und 34 Jahren alt waren, wurden die Normwerte für weiblich und 18. - 34. Lebensjahr übernommen ¹¹⁾.

Die Tabelle 3 stellt diese Daten kurz gegenüber.

TABELLE 3

	Normwerte	Standardisierung
Skala 1	28,86	30,28
Skala 2	27,35	27,08
Skala 3	27,74	26,71
Skala 4	22,80	22,66
Skala 5	23,44	23,24
Skala 6	21,51	20,51

c) Ausgabe

Ausgegeben wurden die Rohwerte, T-Werte und Rangplatzwerte der Skalen 1 bis 6 sowie M und E ¹²⁾. Außerdem wurden die Mittelwerte und Streuungen der Skalen 1 bis 6 sowie M und E berechnet. Durch eine weitere persönliche Programmänderung wurden außerdem die Items 4, 5, 6, 8, 14 und 29, die die Skala 4 ergeben, gesondert ausgedruckt.

Im Programm "Vergleich" wurden die Mittelwerte und Streuung aller acht Skalen nochmals en bloc gegenübergestellt.

10) siehe GT, Tab. 32, S. 119 unter μ

11) siehe GT, Tab. 34 unter ϕ 18.-34.Lj.

12) GT, S. 39

Die statistische Auswertung des GIESSEN-Tests erfolgte handschriftlich durch Berechnung des U-Tests¹³⁾ aus den T-Werten der Skalen 1 bis 6 sowie M und E.

ERGEBNISSE

Die Computerauswertung des GIESSEN-Tests ergab folgende Mittelwerte und Streuungen:

- a) für die Gruppe der Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz (genannt PP) und deren Eigenurteil

	Mittelwert	Streuung
Skala 1	39.121	10.484
Skala 2	45.455	10.638
Skala 3	45.485	8.280
Skala 4	63.697	10.001
Skala 5	52.727	11.322
Skala 6	50.606	9.208
Skala 7 = M	47.455	10.040
Skala 8 = E	50.030	9.147

- b) für die gleiche Gruppe, aber deren Fremdurteil

	Mittelwert	Streuung
Skala 1	43.091	9.146
Skala 2	45.515	8.147
Skala 3	43.030	7.775
Skala 4	64.576	6.565
Skala 5	49.424	9.387
Skala 6	49.030	7.255
Skala 7 = M	37.788	5.525
Skala 8 = E	41.121	3.788

- c) für die Gruppe der Kontrollpatientinnen (genannt KP) und deren Eigenurteil (ein Fremdurteil wurde hier nicht durchgeführt):

13) Lothar Sachs "Angewandte Statistik", 4. Auflage 1974

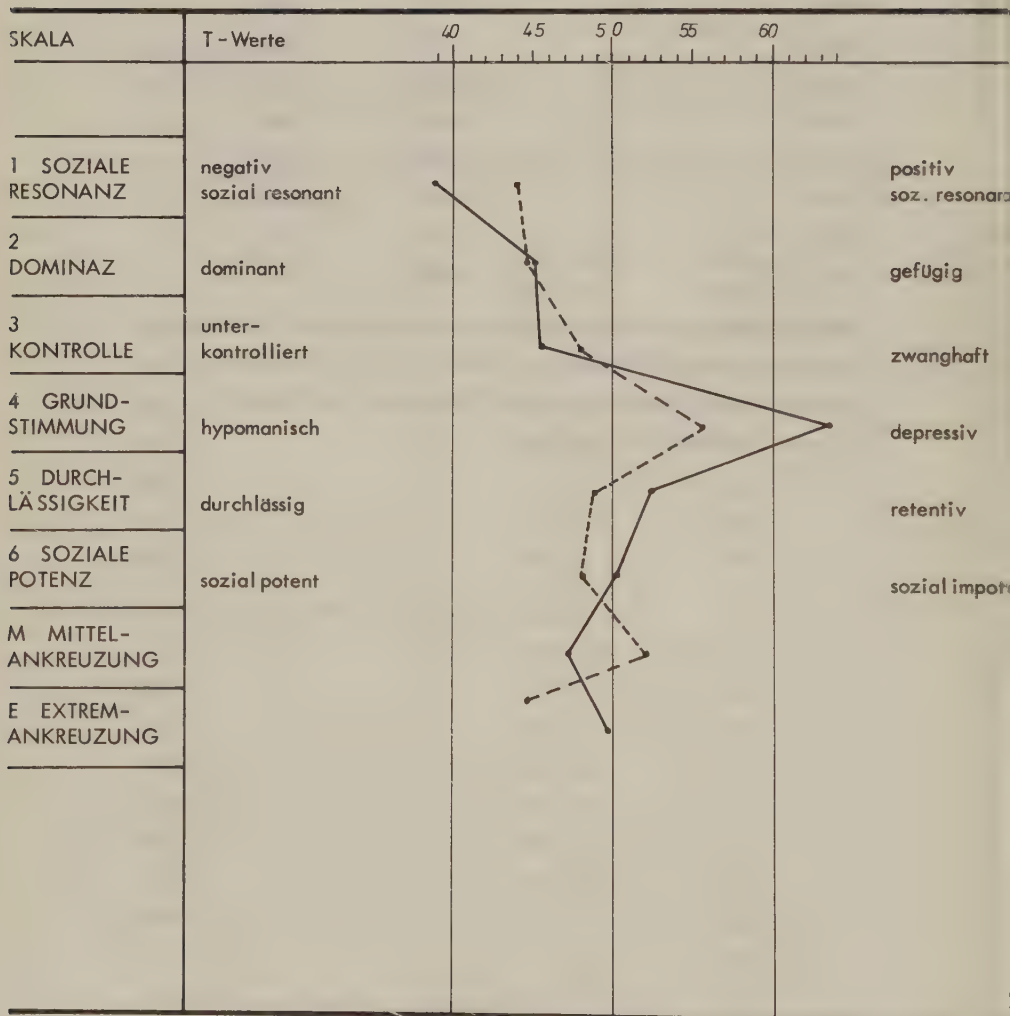
	Mittelwert	Streuung
Skala 1	44.182	7.526
Skala 2	44.455	11.065
Skala 3	48.000	8.770
Skala 4	56.697	9.846
Skala 5	48.970	7.775
Skala 6	48.000	6.070
Skala 7 = M	52.000	9.658
Skala 8 = E	44.364	7.134

Die Unterschiede in den Mittelwerten sollen folgende zwei Tabellen verdeutlichen. Die Tabelle 4 stellt die Gruppe PP und KP im Eigenurteil gegenüber. In der Tabelle 5 werden die Patientinnen der Gruppe PP in Eigen- und Fremdurteil verglichen.

TABELLE 4

GIESSEN - TEST

Mittelwerte

Gruppe PP : KP
(Eigenurteile)

—•— Gruppe PP (Eigenurteil)

- - - • - - Gruppe KP (Eigenurteil)

TABELLE 5

GIESSEN - TEST

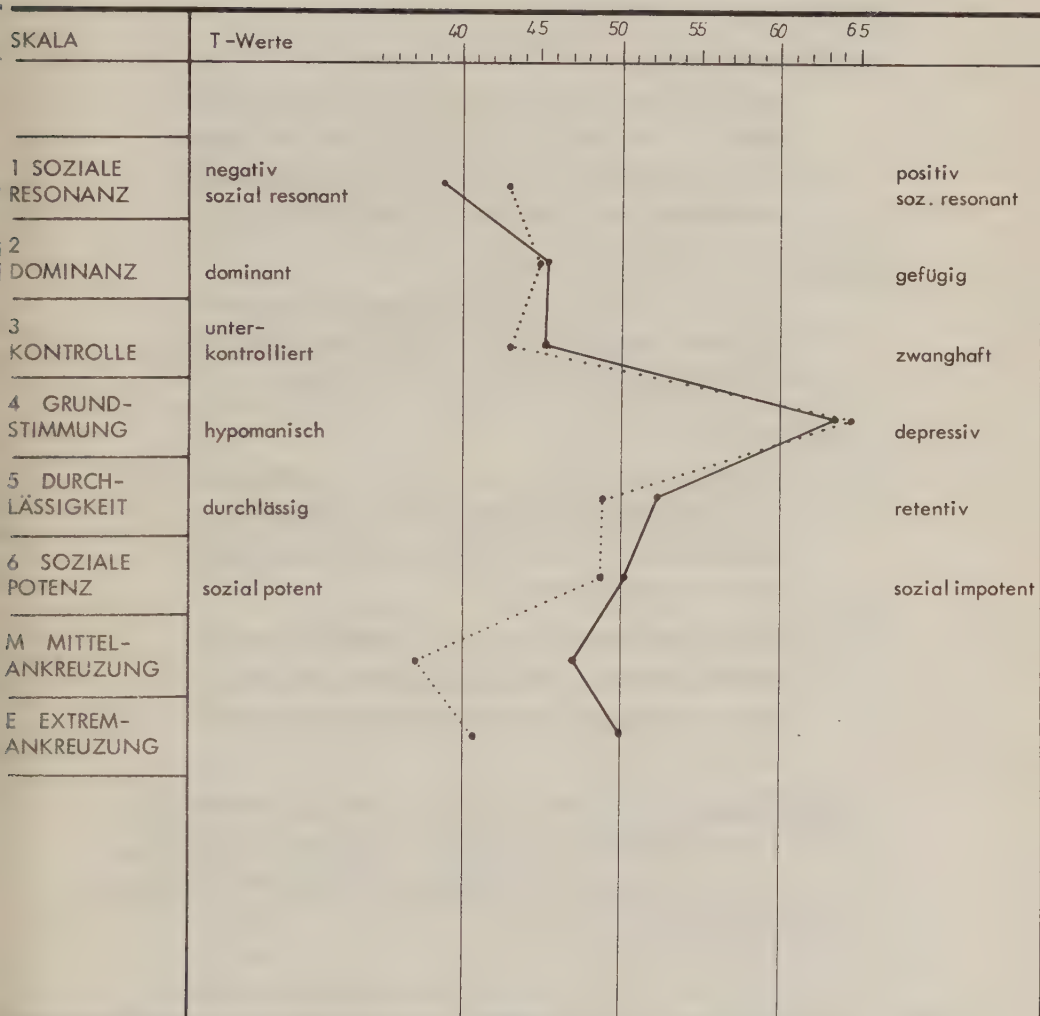
Mittelwerte

Gruppe PP

: PP

(Eigenurteile)

(Fremdurteile)



— Gruppe PP (Eigenurteile)

..... Gruppe PP (Fremdurteile)

Zunächst zur Tabelle 4.

Wie das Diagramm zeigt, sind in mehreren Skalen deutliche Unterschiede zwischen Gruppe PP und KP erkennbar.

Skala 1: Soziale Resonanz

Die Gruppe PP tendiert stärker zum Pol der negativen sozialen Resonanz als die Gruppe KP. In der statistischen Berechnung ließ sich anhand des U-Tests ¹⁴⁾ ein signifikanter Unterschied zwischen den Zahlenwerten beider Gruppen errechnen.

Skala 2: und 3: Dominanz und Kontrolle

Beide Skalen zeigten keine nennenswerten Abweichungen, ein signifikanter Unterschied ergab sich nicht, ebenso nicht bei den Skalen 5 und 6: Durchlässigkeit und soziale Potenz.

Skala 4: Grundstimmung

Diese Skala zeigte wieder einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Gruppen, wobei PP einen wesentlich höheren Wert zur Depressivität aufweist als KP. Der signifikante Unterschied entspricht etwa dem der Skala 1.

Skala M, die Angabe der Mittelankreuzungen zwischen beiden Extrementscheidungen zeigt ebenfalls Unterschiede zwischen beiden Patientinnen-Gruppen, ein signifikanter Unterschied ist jedoch knapp nicht erzielt worden.

In Skala E dagegen zeigt sich eine sehr deutliche Differenz. Die Patientinnen der PP-Gruppe entschieden sich weit häufiger für Extremankreuzungen als die Kontrollgruppe KP. Auch diese Werte weisen einen signifikanten Unterschied auf.

14) Lothar Sachs, "Angewandte Statistik", 4. Auflage 1974

15) GT, S. 27

Ganz andere Ergebnisse veranschaulicht Tabelle 5, in der die gleiche Patientinnen-Gruppe, nämlich Gruppe PP, in ihrem Eigen- und Fremd-urteil gegenübergestellt wird.

Wie das Diagramm zeigt, stimmen die Ergebnisse beider Urteile bis auf Skala M ziemlich genau überein.

DISKUSSION:

Die Anwendung des GIESSEN-TESTs, die unter einer spezifischen Fragestellung erfolgte, nämlich der Objektivierung einer signifikant erhöhten Depressivität zum Zeitpunkt der Beantragung eines Schwangerschaftsabbruchs, brachte somit ein beeindruckendes Ergebnis.

Die Skala, die die Grundstimmung des Patienten erforscht, wies das signifikanteste Ergebnis aller Skalen auf, als Patientinnen mit dem Wunsch zum Schwangerschaftsabbruch Patientinnen mit Kinderwunsch gegenübergestellt wurden.

Auch die häufige Verwendung von E-Ankreuzungen bestätigt die Annahme, daß Patientinnen mit einer unerwünschten Schwangerschaft einen hohen Grad an Depressivität aufwiesen.

Das GT-Handbuch bemerkt zu häufigen Verwendungen von E-Ankreuzungen:

"...weist auf agierende Momente hin, auf ein geringes Maß an Selbstkontrolle. Auch offene Angst und Gefühle der Hilflosigkeit können dazu führen, daß der Patient jedes Item als besonders bedeutungsvoll erlebt¹⁵⁾.

Des weiteren:...."neigen Patienten, die sich als depressiv darstellen, zur Vermeidung von M- und Benennung von E-Ankreuzungen,^{15 a)} was die vorliegende Untersuchung bestätigt hat.

Da sich sowohl in den Mittelwertberechnungen als auch in den statistischen Auswertungen die größten Unterschiede zwischen Gruppe PP und KP in der Skala 4 (Grundstimmung) ergaben, druckte ich die Skala 4 gesondert für jede Frage aus, die zu dieser Skala gehört.

15) GT, S. 27

15 a) GT, S. 25

- Frage 4: Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würden meine seelische Verfassung sehr stark - sehr wenig beeinflussen.
- Frage 5: Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher besonders häufig - eher selten über meine inneren Probleme Gedanken mache.
- Frage 6: Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen - irgendwie abzureagieren.
- Frage 8: Ich halte mich für besonders - sehr wenig ängstlich.
- Frage 14: Ich halte mich oft - selten für sehr bedrückt.
- Frage 29: Ich denke, ich mache mir immer - selten Selbstvorwürfe.

Tabelle 6 zeigt auf, bei welcher Frage der Skala 4 besonders deutliche Abweichungen zwischen Gruppe PP und KP auftraten.

TABELLE 6

Fragen-Nr.	4	5	6	8	14	29
EPP	2,57	5,75	3,03	4,24	5,06	4,97
EKP	3,33	5,21	4,06	4,67	3,81	4,09
DIFF.	0,76	0,54	1,03	0,43	1,33	0,88

Diese Zahlen machen deutlich, daß besonders die Frage Nr. 14 (bedrückt) und in etwas geringerem Maße auch die Frage Nr. 6 (Ärger) Unterschiede zwischen Gruppe PP und KP zeigen. Der geringste Unterschied bestand bei Frage Nr. 8 (Ängstlichkeit).

Zum besseren Vergleich ist in Tabelle 7 die Gruppe PP in Eigen- und Fremdurteil gegenübergestellt.

TABELLE 7

Fragen-Nr.	4	5	6	8	14	29
EPP	2,57	5,57	3,03	4,24	5,06	4,97
FPP	1,85	5,36	3,15	4,67	5,15	4,67
DIFF.	0,72	0,39	0,12	0,43	0,09	0,30

Wie die Tabelle 7 deutlich macht, bestand bei keiner der Fragen eine Differenz, die über 0,72 hinausgeht (vgl. dazu Tabelle 6).

2. Das FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR (FPI)

Auch die Auswertung des FPI führte ich am Rechenzentrum der Universität (TU) Karlsruhe aus.

Das Programm des FPI wurde mir freundlicherweise vom Psychologischen Institut der Universität Freiburg als Kartendeck zur Verfügung gestellt.

Es ist ebenso wie der GIESSEN-TEST in FORTRAN geschrieben.

Folgende Berechnungen wurden im FPI ausgedruckt:

a) individuelle Testwerte

b) Stanine-Werte

α) bezogen auf die eingegebene eigene Stichprobe

β) bezogen auf eine spezifische Bezugsgruppe der Eichstichprobe.

(diese spezifische Bezugsgruppe ist hier durch Geschlechtszugehörigkeit und Altersstufen bestimmt).

c) Mittelwert, Varianz und Standardabweichung

α) der eingegebenen eigenen Stichprobe

β) der Eichstichprobe (Normen) ¹⁶⁾

Durch eine eigene Programmerkänzung wurden die Patientinnen zusätzlich in vier Altersgruppen und drei Bildungsgruppen untergliedert.

Dem Programm wurden zwei eigene Datenteile beigefügt.

1.1. FPI-PP

Diese Daten sind den Testbögen der Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz (Gruppe PP), die einen Schwangerschaftsabbruch wünschten, entnommen.

1.2. FPI-KP

Dies kennzeichnet die Gruppe der Kontrollpatientinnen (Gruppe KP) aus der Schwangerenberatung.

16) FPI, S. 89

Aufbau des eigenen Datenteils:

Ausgewertet wurde die Halbform des FPIs.

Spalten 71 - 74 der Lichkarten:

- Spalte 71 Angabe des Geschlechts
- Spalte 72 Angabe der Altersgruppe
- Spalte 73 Angabe des Bildungsgrades
- Spalte 74 Angabe des Berufs.

Die Kennzeichnung der Patientinnen erfolgte in den letzten vier Spalten.

ERGEBNISSE:

Die Computerauswertung des FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTARS ergab folgende Mittelwerte (siehe Tab. 8):

TABELLE 8:

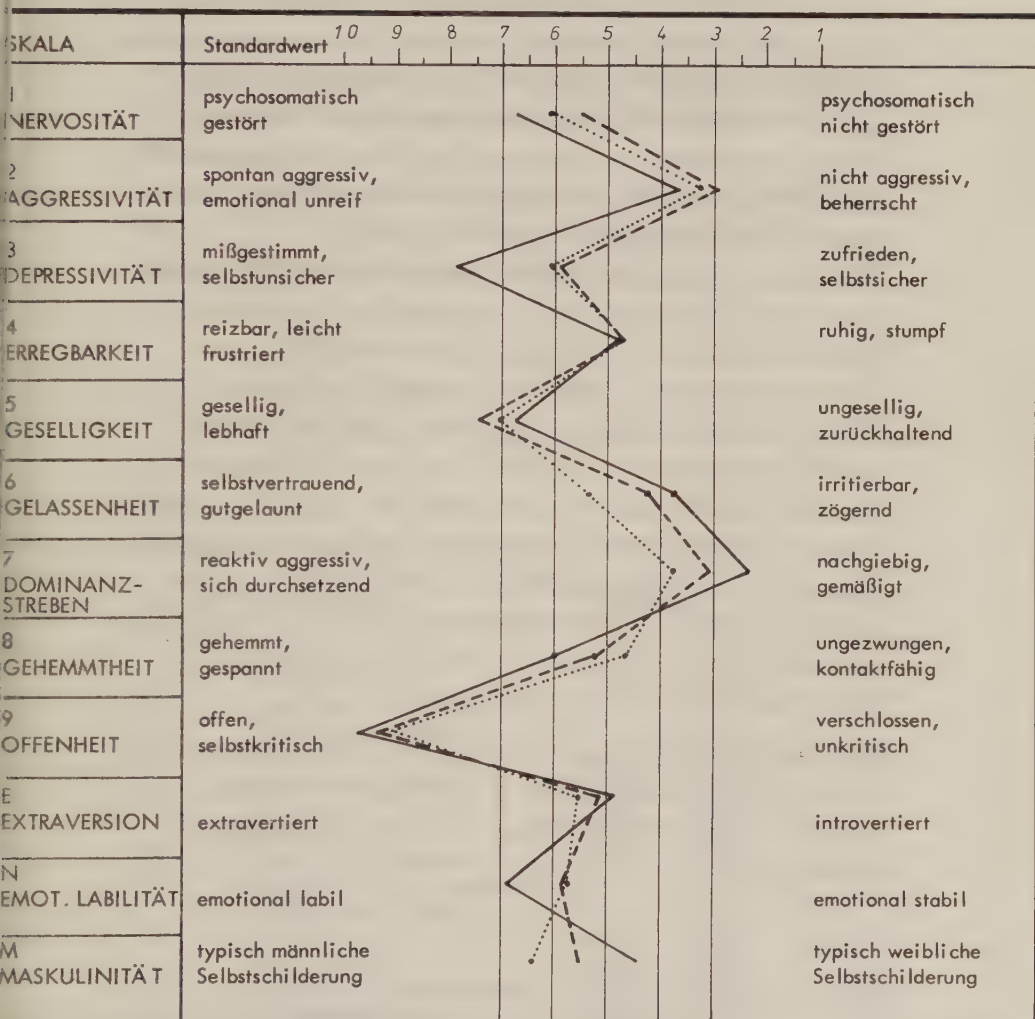
Skalen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
MW-PP	6.70	3.67	7.97	4.88	6.70	3.76	2.27	6.00	9.70	4.91	6.79	4.39
MW-KP	5.55	2.97	5.94	4.79	7.48	4.24	3.18	5.24	9.36	5.18	5.85	5.52
MW-N	6.03	3.31	6.04	4.76	7.02	5.38	3.77	4.68	9.18	5.58	5.79	6.38

MW-PP - Mittelwerte der Gruppe PP

MW-KP - Mittelwerte der Gruppe KP

MW-N - Mittelwerte der Eichstichprobe (Normwerte)

Folgendes Diagramm verdeutlicht, in welchen Skalen größere Unterschiede zwischen der Gruppe PP und KP auch in Bezug auf die Mittelwerte der Eichstichprobe d.h. der Normwerte bestehen.



— Gruppe PP
 - - - Gruppe KP
 Gruppe Normwerte

DISKUSSION:

Auch das FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR lieferte ein Ergebnis, das dem des GIESSEN-TESTs gleichkommt. Unter den 12 Skalen erlangte die Skala DEPRESSIVITÄT den größten Aussagewert, d. h. die größte Abweichung zwischen den beiden untersuchten Patientinnenkollektiven. Somit wird die Aussage, daß Patientinnen mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch wesentlich stärker unter Depressionen leiden, als Frauen, die die Schwangerschaft auszutragen wünschen, weiter erhärtet.

Größere Abweichungen von der Norm zeigten sich in Skala 6 (Gelassenheit), wobei die Gruppe PP noch stärker zu Irritierbarkeit und zögerndem Verhalten tendiert, als die Kontrollgruppe. Auch die Skala 7 (Dominanzstreben) zeigt, daß sich die Gruppe PP nachgiebiger und gemäßigter schildert, als die Kontrollgruppe, beide weichen stärker von der Norm ab, als in anderen Skalen. Letztlich zeigt sich auch in der Skala N (Emotionale Labilität) ein interessanter Unterschied. Während die Kontrollgruppe fast identisch ist mit den Normwerten, liegt bei der Gruppe der Frauen, die die Interruptio wünschten, ein größerer Grad an emotionaler Labilität vor. Auch die Frage der Selbstschilderung (Skala M) zeigt, daß sich Interruptio-willige Frauen eher für eine typisch weibliche Selbstschilderung entschieden, als die Kontrollgruppe.

Zusammenfassend liegen die entscheidenden Unterschiede zwischen Gruppe PP und KP in der größeren Depressivität und auch größerer emotionaler Labilität, sowie in der häufiger angegebenen typisch weiblichen Selbstschilderung.

3. Die GIESSENER BESCHWERDELISTE (BSB)

Im folgenden Kapitel werde ich auf die Ergebnisse eingehen, die die BSB-Liste bei beiden Patientinnengruppen ergab. Der BSB wurde handschriftlich ausgewertet.

Tabelle 14 zeigt die Mittelwerte in der Beschwerdehäufigkeit bei beiden Gruppen. Die fünfteilige Bewertungsskala der somatischen Beschwerden wurde willkürlich von 0 bis 4 wie folgt festgelegt:

"nicht"	=	0
"kaum"	=	1
"einigermaßen"	=	2
"erheblich"	=	3
"stark"	=	4

TABELLE 9

Mittelwerte in der Beschwerdehäufigkeit

Item-Nr.	Item-Bedeutung	Mittelwerte		Gesamt
		PP	KP	
1	Schwächegefühl	1,39	0,55	0,97
2	Herzkopfen, -jagen, -stolpern	1,03	0,55	0,79
3	Druck-oder Völlegefühl im Leib	1,52	0,96	1,24
4	Neigung zum Weinen	2,09	1,10	1,59
5	Juckreiz	0,78	0,52	0,65
6	Ohnmachtsanfälle	0,15	0,13	0,14
7	Überm. Schlafbedürfnis	2,36	1,81	2,09
8	Geschlechtl. Untererregbarkeit	0,52	0,42	0,47
9	Gelenk- oder Glieder- schmerzen	0,69	0,35	0,52
10	Schwindelgefühl	1,33	0,52	0,93
11	Kreuz-oder Rückenschmerzen	1,55	1,29	1,42
12	Starkes Schwitzen	1,03	0,90	0,97
13	Nacken-oder Schulter- schmerzen	0,73	0,55	0,64
14	Gehstörungen	0,21	0,19	0,20
15	Erbrechen	0,85	0,19	0,52

16	Sehstörungen	0,33	0,29	0,31
17	Anfälle	0,18	0,00	0,09
18	Übelkeit	1,97	0,45	1,21
19	Gewichtszunahme	1,85	0,90	1,38
20	Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	1,15	0,26	0,71
21	Drang zum Wasserlassen	1,21	0,65	0,93
22	Hautveränderungen	0,58	0,29	0,44
23	Aufstoßen	1,03	0,42	0,73
24	Überempfindlichkeit gegen Kälte	1,67	0,77	1,22
25	Sodbrennen oder saures Aufstoßen	0,76	0,45	0,61
26	Verkrampfung im Arm beim Schreiben	0,39	0,23	0,31
27	Kopfschmerzen	1,52	0,64	1,08
28	Überempfindlichkeit gegen Wärme	0,70	0,42	0,56
29	Rasche Erschöpfbarkeit	2,24	1,03	1,64
30	Schlafstörungen	1,52	0,42	0,97
31	Geschlechtliche Übererreg- barkeit	0,12	0,16	0,14
32	Müdigkeit	2,48	1,68	2,08
33	Gleichgewichtsstörungen	0,67	0,13	0,40
34	Schluckbeschwerden	0,00	0,06	0,03
35	Hustenreiz	0,48	0,06	0,27
36	Gefühl der Benommenheit	0,91	0,23	0,57
37	Taubheitsgefühl	1,09	0,42	0,76
38	Verstopfung	1,09	1,58	1,34
39	Appetitlosigkeit	1,09	0,13	0,61
40	Hitzewallungen	0,76	0,45	0,61
41	Schweregefühl in den Beinen	1,33	0,74	1,04
42	Mattigkeit	2,12	1,06	1,59
43	Durchfälle	0,24	0,19	0,22
44	Lähmungen	0,03	0,00	0,015
45	Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	1,09	0,61	0,85
46	Zittern	1,03	0,10	0,57
47	Halsschmerzen	0,33	0,42	0,38
48	Leichtes Erröten	1,12	0,45	0,79
49	Kalte Füße	1,09	1,03	1,06
50	Heißhunger	1,30	0,52	0,91
51	Magenschmerzen	1,03	0,39	0,71
52	Anfallsweise Atemnot	0,39	0,13	0,26
53	Unterleibsschmerzen	1,54	0,68	1,11
54	Gewichtsabnahme	0,33	0,03	0,18
55	Druckgefühl im Kopf	1,00	0,23	0,62
56	Beschwerden bei der Periode (bei Frauen)	1,88	1,45	1,67
57	Anfallsweise Herzbeschwerden	0,36	1,45	0,91
58	Sprachstörungen	0,30	0,06	0,18

Die wichtigsten Mittelwerte wurden der Häufigkeit der Angaben nach geordnet und in folgender Tabelle gegenübergestellt:

TABELLE 10

Item-Nr.	Item-Bedeutung	Mittelwerte		Gesamt
		PP	KP	
7	Übermäßiges Schlafbedürfnis	2,36	1,81	2,09
32	Müdigkeit	2,48	1,68	2,08
56	Beschwerden bei der Periode (bei Frauen)	1,88	1,45	1,67
29	Rasche Erschöpfbarkeit	2,24	1,03	1,64
42	Mattigkeit	2,12	1,06	1,59
4	Neigung zum Weinen	2,09	1,10	1,59
11	Kreuz- oder Rückenschmerzen	1,55	1,29	1,42

Bei folgenden Items zeigten sich größere Differenzen zwischen der Gruppe PP und der Gruppe KP

TABELLE 11

Item-Nr.	Item-Bedeutung	Mittelwerte		Gesamt
		PP	KP	
1	Schwächegefühl	1,39	0,55	0,84
4	Neigung zum Weinen	2,09	1,10	0,99
10	Schwindelgefühl	1,33	0,52	0,81
18	Übelkeit	1,97	0,45	1,52
19	Gewichtszunahme	1,85	0,90	0,95
20	Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	1,15	0,26	0,89
24	Überempfindlichkeit gegen Kälte	1,67	0,77	0,90
27	Kopfschmerzen	1,52	0,64	0,88
29	Rasche Erschöpfbarkeit	2,24	1,03	1,21
30	Schlafstörungen	1,52	0,42	1,10
32	Müdigkeit	2,48	1,68	0,80
39	Appetitlosigkeit	1,09	0,13	0,96
42	Mattigkeit	2,12	1,06	1,06
46	Zittern	1,03	0,10	0,93
53	Unterleibsschmerzen	1,54	0,68	0,86
57	Anfallsweise Herzbeschwerden	0,36	1,45	- 1,09

Die deutlichsten Unterschiede liegen also bei den Symptomen Übelkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen und Mattigkeit. Dies waren auch sehr häufig Klagen, die die Patientinnen während des persönlichen Interviews äußerten.

Die Auswertung der Zusatzfrage, ob die Beschwerden nach Meinung der Patientin eher körperlich oder seelisch oder auch körperlich und seelisch bedingt seien, ergab folgendes:

Bei der Gruppe der Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz gab

- 1 Patientin an, ihre Beschwerden seien NUR seelisch bedingt (Bewertung: 4,0)
- 32 Patientinnen urteilten, daß ihre Beschwerden sowohl körperlich als auch seelisch bedingt seien, jedoch lag das Schwergewicht eindeutig auf Seiten der seelischen Ursachen: (Bewertung der körp.Urs.: 1,64
Bewertung der seel. Urs.: 2,55)

Bei der Gruppe der Kontrollpatientinnen entschieden sich 8 Patientinnen ("24,2 %), daß ihre Beschwerden NUR körperlichen Ursprungs seien. Die Bewertungsskala lag im Mittel bei 3,75.

4 Patientinnen (= 12,12 %) gaben an, NUR seelische Ursachen seien der Grund ihrer Beschwerden. Das Bewertungsmittel lag bei 2,25.

Der Rest der Kontrollpatientinnen (= 63,63 %) entschied, ihre Beschwerden seien sowohl körperlich als auch seelisch bedingt, doch liegt die Bewertung in Bezug auf die seelische Wertigkeit der Beschwerden weit unter dem Wert der Patientinnen aus der Psychiatrischen Ambulanz, wie folgende Übersicht zeigt:

	PP	KP
körperliche Ursachen	1,64	1,94
seelische Ursachen	2,55	1,42

Am häufigsten entschied sich die Gruppe PP für die Kombination

Körperliche Urs.:	kaum
Seelische Urs.:	erheblich

insgesamt bei 12 von 33 Patientinnen (= 36,4 %), bei der Gruppe KP war die Kombination

körperlich
seelisch einigermassen mit 27,3 %

am häufigsten vertreten.

Die Gruppe KP gab keine sonstigen Beschwerden außer bei den im BSB gelisteten an.

Sonstige Beschwerden, die von der Gruppe PP außerdem angegeben wurden, zeigt die Tabelle 12:

TABELLE 12

	Häufigkeit der Angaben	Bewertungsskala
Depressionen	4	3,25
Reizbarkeit	1	3,00
Nervosität	1	4,00
Hypersensib.	1	3,00
Angstgefühl	1	4,00
Spannungsgefühl	1	1,00

Auch der BSB bestätigt also die Aussage des GIESSEN-TESTs und des FPI, was die Frage der Depressivität angeht (siehe Tabelle 12).

4. Der SOZIALE FRAGEBOGEN

Die 25 Fragen dieses Fragebogens wurden in der Psychiatrischen Ambulanz des Klinikums Steglitz der FU Berlin zusammengestellt. Da nicht alle für die Patientinnen zutreffenden Fragen in dem ursprünglich verfaßten Fragebogen enthalten waren, ergaben sich während der Untersuchung einige Ergänzungen. In diese Arbeit wurde der Soziale Fragebogen samt der gewonnenen Ergänzungen übernommen.

Eine Tabelle stellt zu jeder Frage die erhobenen Daten beider befragten Gruppen gegenüber:

TABELLE 13

ALTER	PP	KP
bis 20 Jahre	9	-
20 - 25 Jahre	16	12
25 - 30 Jahre	4	13
30 - 35 Jahre	1	6
35 Jahre und älter	3	2

Das Durchschnittsalter lag bei ledigen Frauen bei 21,2 Jahren, bei Verheirateten bzw. Verlobten bei 28,4 Jahren und bei geschiedenen bzw. getrennt lebenden Frauen bei 31 Jahren.

Die jüngste Patientin der Gruppe PP war 15 Jahre, die älteste 43 Jahre. Bei der Kontrollgruppe KP verlief die Altersverteilung zwischen 20 und 40 Jahren. Wie die Tabelle zeigt, liegt das Hauptalter der Patientinnen der KP-Gruppe um etwa fünf Jahre höher als bei der Gruppe PP.

TABELLE 14

RELIGIONSGEMEINSCHAFT	PP	KP
evangelisch	26	21
katholisch	6	5
andere Religionsgemeinschaften	-	2
gemeinschaftslos oder ohne Angaben	1	5

Diese Zahlen entsprechen fast völlig den Angaben der Bevölkerungsstatistik 1970, erfragt beim Senator für Inneres:

	Bevölkerungsstatistik 1970 f. Bln.-West d. Senats	PP + KP im Mittel	PP	KP
ev.	70,2 %	71,2 %	78,8 %	63,6 %
kath.	12,5 %	16,7 %	18,2 %	15,2 %
andere	3,4 %	3,0 %	-	6,0 %
keine	14,0 %	9,1 %	3,0 %	15,2 %

Daß die Angaben bei der katholischen Konfession und den gemeinschaftslosen Bürgern West-Berlins etwas differieren, mag u.a. auch daran liegen, daß die Bevölkerungsstatistik immerhin schon vier Jahre zurückliegt.

Ansonsten handelt es sich also bei den untersuchten Patientinnen durchaus um eine repräsentative Vertretung der Konfessionszugehörigkeit der Durchschnittsbevölkerung West-Berlins.

Den Schluß, daß die Religionszugehörigkeit hier einen Einfluß auf das Patientengut gehabt hat, lassen diese Zahlen nicht zu.

TABELLE 15

RELIGIÖSE ÜBERZEUGUNG

	PP	KP
überzeugt	3	4
unentschieden	10	6
gleichgültig	10	16
ablehnend	10	12

Auch diese Tabelle bestätigt eher, daß die Religionszugehörigkeit wenig oder keinen Einfluß auf die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch gehabt hat.

denn nur 9,09 % der Patientinnen (bzw. 12,12 % bei KP) erklärten, sie seien religiös überzeugt. Eine dieser religiös überzeugten Patientinnen, die katholischen Glaubens war, gab allerdings im persönlichen Nachinterview an, sie sei kurz vor dem Operationssaal in einen starken Glaubenskonflikt geraten.

TABELLE 16

FAMILIENSTAND

	PP	KP
ledig	23	-
verlobt	3	2
verheiratet	2	31
verwitwet	-	-
geschieden	4	2
getrennt lebend	1	-

Wie die vorliegende Tabelle zeigt, waren 69,7 % der Patientinnen der Gruppe PP ledig.

Der krasse Gegensatz von 2 verheirateten und 3 verlobten Frauen der Gruppe PP zu 31 verheirateten Frauen der Gruppe KP macht deutlich, daß die Tatsache, ledig zu sein, ein starker Beweggrund zum Schwangerschaftsabbruch war.

Die Mehrzahl der Patientinnen gab auch im persönlichen Interview an, sie seien nicht fähig, oder nicht gewillt, ein Kind alleine ohne Familie aufzuziehen und nannten als Hauptvoraussetzung für späteren Kinderwunsch, daß das Kind gemeinsam mit Vater und Mutter aufwachsen solle. Die meisten der Patientinnen sahen es als für ein Kind nachteilig an, alleine mit einem Elternteil großgezogen zu werden.

Die Kontrollpatientinnen waren im Durchschnitt etwa 4 Jahre verheiratet. Beide KP-Patientinnen, die geschieden waren, sind inzwischen wieder verlobt. Daraus ergibt sich auch die Gesamtzahl von 35 Patientinnen auf der KP-Seite.

TABELLE 17

HAUSHALTSSTRUKTUR

	PP	KP
allein lebend	15	2
mit Freund/Freundin/Verlobten	8	-
mit Familie (Ehemann)	2	31
mit eigenen Eltern oder Elternteil	3	-
mit den Eltern oder einem Elternteil des Ehepartners	-	-
Wohngemeinschaft	5	-

Auch diese Übersicht zeigt einen wesentlichen Unterschied, der allerdings aus der Tatsache des ledigen Familienstandes der letzten Tabelle als logische Folge hervorgeht.

Die meisten der ledigen Frauen der Gruppe PP leben allein, mit Freund (-in) oder in einer Wohngemeinschaft. Die drei Schülerinnen leben zu Hause, während 31 Frauen der Kontrollgruppe verheiratet mit Ehemann gemeinsam leben.

TABELLE 18

JETZIGE WOHNVERHÄLTNISSE

	PP	KP
Eigentumswohnung	-	1
Mietwohnung	20	32
zur Untermiete	9	-
Heim (Schwesternheim)	1(3)	-

Auch die Wohnverhältnisse lassen Unterschiede zwischen beiden Gruppen erkennen. Während fast die Gesamtzahl der Kontrollpatientinnen in einer Mietwohnung wohnt, sind dies bei der PP-Gruppe nur etwa 60 % und weitere 27,3 % leben zur Untermiete.

TABELLE 19

ANZAHL DER ZIMMER (ZUR EIGENEN VERFÜGUNG)

	PP	KP
<1	6	-
1	22	
2	5	12
3	-	12
4	-	-
5 + mehr	-	-

Wie schon aufgrund der Ergebnisse der Tabelle 4.6. zu vermuten war, ist es um die Wohnsituation der PP-Gruppe wesentlich schlechter bestellt als bei der Kontrollgruppe. Während bei der PP-Gruppe 84,8 % über weniger als ein, bis höchstens ein Zimmer verfügen können, stehen der Kontrollgruppe in 72,7 % zwei bis drei Zimmer zur eigenen Verfügung. Die Angabe < 1 Zimmer ergab sich bei Patientinnen, die noch zu Hause, mit einem Geschwisterteil oder in einer Wohngemeinschaft mit anderen wohnten.

TABELLE 20

WIEVIEL % DES EINKOMMENS MÜSSEN SIE FÜR DIE MONATLICHE MIETE AUFBRINGEN?

	PP	KP
bis 10 %	6	7
10 - 15 %	3	8
15 - 20 %	9	8
20 - 25 %	6	2
25 - 30 %	1	4
30 % und mehr	4	4
Ø	4	-

Diese Zahlen zeigen keine nennenswerten Unterschiede zwischen PP- und KP-Gruppe. Die Mehrzahl aller 66 Patientinnen bringt hiernach zwischen 15 und 20 % ihres Einkommens für die monatliche Miete auf.

TABELLE 21

SCHULBILDUNG

	PP	KP
keine abgeschlossene Schulbil-		
dung - Sonderschule	1	-
Volksschulabschluß	3	7
Handels- u. Berufsschulabschluß	4	2
mittlere Reife	11	16
Abitur	9	8
Abendschule	2	-
noch i. d. Schulausbildung	3	-

Auch von der Schulbildung her gab es zwischen den Patientinnen beider Gruppen keine großen Differenzen. Die größte Anzahl der Patientinnen hat die Schule mit der mittleren Reife abgeschlossen, die zweitgrößte Patientenzahl mit dem Abitur. Es ist jedoch auffällig, daß in beiden Gruppen ein relativ hohes Bildungsniveau besteht.

TABELLE 22

BERUFSAUSBILDUNG

	PP	KP
ungelernte Tätigkeit	1	-
angelernte Tätigkeit	4	11
nach i. d. Schulausbildung	5	-
Ausbildung abgebrochen	1	-
Fachausbildung	-	-
Studium	6	1
abgeschlossene Fachausbildung	14	15
abgeschlossenes Studium	2	6

Die Tabelle zeigt lediglich in der Zahl der angelernten Tätigkeiten und der Studiumabsolventen gewisse Unterschiede. In der folgenden Liste werde ich näher auf die genaue Berufsbezeichnung der Patientinnen eingehen.

	PP	KP
Studentin	7	1
Krankenschwester	4	2
Schülerin	5	-
Lehrerin	-	5
Kaufm. Angestellte	-	4
Hausfrau	-	4
MTA	2	3
Zahnarzthelferin	2	3
Friseurmeisterin	-	3
Kindergärtnerin	-	2
Krankenpflegeschülerin	2	-
Verkäuferin	2	-
Schneiderin	2	-

Jeweils einmal wurden folgende Berufe aufgeführt:

PP	KP
Schwesternhelferin	-
Pharmazeutin	Ärztin
Sängerin	Arzthelferin
Dekorateurin	Ind.-Kaufm.
Steuerberat. Gehilfin	Fotolaborantin
Chemielaborantin	Fleischerin
1 x ohne Beruf	Verw.-Inspekt.

TABELLE 23

BERUFLICHE STELLUNG

	PP	KP
Schülerin	5	-
Studentin	7	1
Angestellte	20	21
Beamtin	-	5
Arbeiterin	-	-
Facharbeiterin	-	1
Arbeitslose	1	-
selbstständig	-	1
Hausfrau	-	4

In der Spalte der Angestellten sind beide Gruppen fast identisch, während die Gruppe PP insgesamt 12 Patientinnen aufweist, die noch in der Ausbildung stehen, die Kontrollgruppe nur 1 Patientin. Auch die Spalte der Tätigkeit als Hausfrau ist nur in einer Gruppe vertreten, diesmal allerdings in der Kontrollgruppe in der Mehrzahl.

TABELLE 24

BERUFSTÄTIGKEIT DES EHEMANNS (VERLOBTEN)

	PP	KP
Kaufm. Angestellter	1	4
Student	-	5
Techniker	-	2
Wirt. Ass.	-	2
Arzt	-	2
Taxifahrer	-	2

Die übrigen Berufe fanden jeweils nur einmal Erwähnung:

a) in der Gruppe PP

Lehrer

Tankwart

Vertreter

Verwaltungsangestellter

b) in der Gruppe KP

Dipl.-Ing

Dipl.-Kaufmann

Einrichter

Fleischermeister

Flugzeugmechaniker

Ingenieur

Jurist

Krankenpfleger

Kunsthandwerker

Maurer

Monteur

Physiker

Schildermaler

Verwaltungsinspektor

Schlosser

TABELLE 25

BERUFLICHE STELLUNG DES EHEMANNS (VERLOBTEN)

	PP	KP
Schüler	-	-
Student	-	5
Angestellter	4	14
Beamter	1	3
Arbeiter	-	3
Facharbeiter	-	4
Arbeitslos	-	-
Selbstständiger	-	3

Da in der Frage des Familienstandes eine zu große Diskrepanz zwischen beiden Gruppen bestand, lassen sich auch in der Frage der beruflichen Stellung des Ehemanns (bzw. Verlobten) keine Schlüsse ziehen. Trotzdem sollte der Vollständigkeit halber diese Tabelle Erwähnung finden.

TABELLE 26

EIGENES NETTOEINKOMMEN

	PP	KP
unter 400, -- DM	7	5
400, -- bis 600, -- DM	8	1
600, -- bis 800, -- DM	6	1
800, -- bis 1.000, -- DM	2	5
1.000, -- bis 1.400, -- DM	7	12
1.400, -- bis 1.800, -- DM	3	1
1.800, -- bis 2.200, -- DM	-	6
2.200, -- DM und mehr	-	2

Die Tabelle zeigt, daß die Gruppe PP in ihrem eigenen Nettoeinkommen wesentlich unter dem der KP-Gruppe liegt. In den Einkommensstufen bis 1.000, -- DM liegen 69,7 % der PP-Gruppe gegenüber nur 36,4 % der KP-Gruppe. Zwischen 1.000, -- und 2.200, -- DM und mehr ist das Verhältnis umgekehrt:

30,3 % der PP-Gruppe und

63,6 % der KP-Gruppe

liegen in dieser Einkommensklasse. Über 1.880,-- DM monatlich finden sich nur noch Patientinnen der KP-Gruppe und zwar immerhin noch 24,2 %.

TABELLE 27

NETTOEINKOMMEN DES EHEMANNS (VERLOBTEN)

	PP	KP
unter 400,-- DM	-	3
400,-- bis 600,-- DM	-	2
600,-- bis 800,-- DM	1	1
800,-- bis 1.000,-- DM	-	- -
1.000,-- bis 1.400,-- DM	1	6
1.400,-- bis 1.800,-- DM	1	9
1.800,-- bis 2.200,-- DM	1	5
2.200,-- und mehr	1	6

War die Gruppe der Kontrollpatientinnen schon im eigenen Nettoeinkommen besser gestellt als die Gruppe der Psychiatrischen Ambulanz, so kommt der KP-Gruppe zusätzlich noch, da ja 93,9 % der Patientinnen von KP verheiratet sind (einschließlich der Verlobten ergeben sich sogar 100 %), das Einkommen des Ehemanns bzw. Verlobten zugute. Bei den PP-Patientinnen waren nur 6,1 % verheiratet (einschließlich der Verlobten 15,2 %). Ein direkter Vergleich ist also nicht zulässig.

Immerhin ist hieraus ersichtlich, daß die Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz ganz erheblich mehr unter finanziellen Schwierigkeiten zu leiden hatten und die Ergebnisse des persönlichen Interviews haben dies eindeutig bestätigt und deutlich gemacht, daß die finanzielle Notlage viele Patientinnen mit zu dem Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch geführt hat (siehe Kap. F.V.)

TABELLE 28

ARBEITSZEIT UND WEGZEIT (FALLS BERUFSTÄTIG)

		PP	KP
$\bar{x}$	Stunden	1	-
2 - 4	"	2	-
4 - 6	"	10	2
6 - 8	"	3	6
8	Stunden und mehr	17	25

Die Frage nach der Dauer der durchschnittlichen Arbeitszeit ergab im Großen und Ganzen bei der Kontrollgruppe eine etwas längere Arbeitszeit als bei der Gruppe PP. Allerdings muß man hierbei berücksichtigen, daß die Anzahl der Schülerinnen und Studentinnen, $PP : KP = 7 : 1$, die Anzahl der Arbeitsstunden auf der Seite der PP-Gruppe vermindert.

TABELLE 29

REGELMÄSSIGE ARBEITSZEITEN

- WENN NEIN

	PP	KP
arbeitslos	1	-
Teilzeitarbeit	3	2
Bedarfsarbeit	1	1
Saisonarbeit	-	-
Nacht- und Schichtdienst	8	4
unregelmäßige Arbeit	5	-
REGELMÄSSIGE Arbeitszeit	15	26

Tabelle 29 beschäftigte sich mit der Frage nach der Regelmäßigkeit der Arbeitszeit und deren Alternativen. Wie das Ergebnis zeigt, arbeitete die Kontrollgruppe häufiger regelmäßig als die Gruppe PP. Die Anzahl des Nacht- und Schichtdienstes lag in der PP-Gruppe doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe. Aber auch hier muß wie in Frage 4.16. berücksichtigt werden, daß die Zahl der Schülerinnen und Studentinnen das Ergebnis zu einem gewissen Teil mitbeeinflusst hat (siehe unter Punkt 4.16.).

TABELLE 30

ZUFRIEDENHEIT MIT DER JETZIGEN BERUFSTÄTIGKEIT

	PP	KP
ja	20	27
nein	12	5
keine Angaben	1	1

TABELLE 30 A

Falls Kritik am Beruf:

	PP	KP
ungesicherte Stellung	-	-
schlechte Bezahlung	-	-
zu schwere Arbeit	1	1
unangenehme Arbeitsbedingungen z.B. Monotonie	4	4
zu hohes Arbeitstempo	-	1
fehlender Kontakt zu Kollegen	1	-
sonstiges (siehe Text)	6	-

Zufrieden mit ihrem Beruf waren 21,2 % mehr Patientinnen in der Kontrollgruppe aus der Psychiatrischen Ambulanz. Außer den vorgegebenen Kritikpunkten gaben vier Patientinnen in PP an, ihr Beruf fülle sie geistig nicht genügend aus, zwei der Studentinnen erklärten sich unzufrieden, da sie ihr Studium als äußerst praxisfremd empfanden.

TABELLE 31

HÄUFIGKEIT DES ARBEITSPLATZWECHSELS IN DEN LETZTEN 3 JAHREN

	PP	KP
kein Wechsel	21	25
ein "	9	6
zwei "	1	1
drei und mehr Wechsel	1	1
arbeitslos	1	-

TABELLE 32

FALLS ARBEITSPLATZWECHSEL, GRÜNDE DAFÜR

	PP	KP
familiäre Gründe	3	-
Arbeitsbedingungen	3	5
Verdienst	3	1
Weiterkommen	1	1
andere Umstände z. B. Umzug	-	1
gesundheitliche Gründe	-	-
neurotische Ursachen	1	-

Die Zahlen der Tabellen 4.19 und 4.20 entsprechen sich relativ gut, so daß keine näheren Schlußfolgerungen zwischen beiden Vergleichsgruppen gezogen werden können.

TABELLE 33

ART DES ZUHAUSES IN DER KINDHEIT

	PP	KP
bei leiblichen Eltern	26	30
bei Mutter oder Vater	2	3
bei Vater oder Mutter	-	-
bei Stiefeltern	-	-
bei Großeltern	3	-
bei Pflegeeltern	-	-
Heim	1	-
Adoptiveltern	1	-

Wie aus den Zahlen ersichtlich ist, war bei 6 Patientinnen der Gruppe PP eine broken-home-Situation gegeben, gegenüber 3 Patientinnen der Kontrollgruppe.

TABELLE 34

WAREN SIE JEMALS VON IHREN ELTERN FÜR LÄNGERE ZEIT GETRENNT

	PP	KP
ja	7	2
nein	26	31

TABELLE 35

STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE

	PP	KP
keine Geschwister	4	4
erstgeboren (nur jüngere Geschwister)	9	10
zwischengeboren (ältere und jüngere Geschwister)	12	8
letztgeboren (nur ältere Geschwister)	8	1

TABELLE 36

ZAHL DER GESCHWISTER

	PP	KP
0	5	4
1	8	12
2	8	7
3	3	6
4	6	3
5	1	1
5 (9)	1	-

TABELLE 37

AUFGEWACHSEN IN

	PP	KP
einer Großstadt	20	24
einer Kleinstadt	6	5
einer Landgemeinde	7	4

Die Zahlenwerte der Tabellen 4.23 bis 4.25 ergaben keine genügend großen Diskrepanzen um nähere Schlüsse daraus ziehen zu können.

5. PERSÖNLICHES INTERVIEW UND NACHINTERVIEW

A. PERSÖNLICHES INTERVIEW

Im Rahmen dieses Kapitels möchte ich nun im Einzelnen ausführen, zu welchen Ergebnissen die dreizehn Fragen des persönlichen Interviews geführt haben.

1. Reaktion der Patientin, als sie die Schwangerschaft bemerkte.

21 % der Patientinnen verhielten sich ablehnend gegenüber der Schwangerschaft und erwogen sofort einen Schwangerschaftsabbruch.

27 % schilderten, sie seien sehr erschrocken, in Panik Stimmung geraten oder hätten sich verzweifelt gefühlt.

Ebenfalls 21 % fühlten sich ratlos, deprimiert oder hilflos. 3 Patientinnen waren schockiert, 3 weitere empfanden primär Freude, die sich jedoch, nachdem sich der männliche Partner aufgrund der eingetretenen Schwangerschaft von ihnen trennte, in heftige Ablehnung verwandelte.

2. Konfliktsituation, die Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen?

42 %, also knapp die Hälfte meiner Patientinnen sah sich in keinem Konflikt, sondern wünschte die Schwangerschaft abzubrechen.

Ein Drittel empfand eine schwache Konfliktsituation und 24 % der Frauen gaben an, der Entschluß zu einem Schwangerschaftsabbruch habe für sie einen schweren Konflikt dargestellt.

3. Reaktion des männlichen Partners auf die Schwangerschaft bzw. seine Haltung zu einem Schwangerschaftsabbruch?

33 % der männlichen Partner plädierten nach Angabe der betroffenen Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch.

21 % der Patientinnen gaben an, der Partner habe erklärt, er überlasse die Entscheidung ganz alleine der Frau.

18 % der männlichen Partner zeigten lediglich Ablehnung gegen das zu erwartende Kind.

12 % der Männer verhielten sich völlig gleichgültig gegenüber dem Wunsch der Frauen, die Schwangerschaft abzubrechen.

9 % der Frauen erzählten dem Vater des Kindes gar nichts von der bestehenden Schwangerschaft.

2 Frauen gaben an, der Partner habe Freude über die Schwangerschaft geäußert und sei gegen einen Abbruch, jedoch nur mit dem Grund, die Partnerin dadurch festzuhalten. In beiden Fällen bestanden ernsthafte Trennungsabsichten von seiten der Frau.

Diese Aufschlüsselung zeigt deutlich, daß in der Mehrzahl der Fälle die Lösung des Problems der unerwünschten Schwangerschaft der Frau alleine überlassen blieb. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch L. Freundt ¹⁷⁾ in seiner Untersuchung über Schwangerschaftsabbruch. Nach Freundt waren 65,5 % der männlichen Partner völlig indifferent in ihrer Meinung zum Schwangerschaftsabbruch, 11,5 % hatten die Frauen zum Schwangerschaftsabbruch veranlaßt und 15 % waren prinzipiell dagegen.

4. Art der Beziehung zum Partner

24 % der Frauen befanden sich in einer intensiven Beziehung, die zwischen 6 Monaten und einem Jahr andauerten, 21 % lebten seit mehr als 2 Jahren in einer intensiven Beziehung. Die drittgrößte Gruppe, und zwar 18 % bezeichneten ihre Beziehung als ein unsicheres Verhältnis mit Trennungsabsichten. 15 % gaben an, die bestehende Schwangerschaft entstamme einer kurzen, bedeutungslosen Bekanntschaft, bei über der Hälfte der Frauen war die Bekanntschaft inzwischen wieder zerbrochen.

2 Patientinnen waren verlobt, zwei weitere seit 12 Jahren verheiratet, beide jedoch ohne jeglichen Kinderwunsch, sowohl von seiten der Frau als auch von seiten des Ehemannes.

17) Freundt, L. "Investigations of women admitted to hospital with abortion" Acta psychiatr. Scand (Suppl.) 242:1 - 221. 1973

Bei 2 Patientinnen hatte ein einmaliger Coitus ohne nähere Beziehung zu dem Mann zu der Schwangerschaft geführt. Eine Frau war durch einen verheirateten Mann geschwängert worden, der sich nach Bekanntwerden der Schwangerschaft sofort von ihr löste. Die besondere Problematik lag in diesem Fall für die Frau darin, daß der Schwängerer gleichzeitig ihr Vorgesetzter war.

Zum Vergleich sei eine Tabelle über die Art der Verbindung zum männlichen Partner aufgeführt, wie sie L. Freundt ¹⁷⁾ nennt.

- schwanger durch den Ehemann	60,8 %
- schwanger und dann getrennt	20,3 %
- schwanger durch zufällige Bekanntschaft	8,1 %
- schwanger während der Verlobung	6,8 %
- schwanger durch früheren Ehemann	4,0 %
	100,0 %

Die zahlenmäßig unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich durch die Verschiedenheit der untersuchten Patientenkollektive erklären. Der hohe Anteil an ledigen Frauen und die Beschränkung der vorliegenden Untersuchung ausschließlich auf Nulliparae machen die Unterschiede verständlich.

5. Personen, die der Patientin bei ihren Schwierigkeiten behilflich waren.

Nur 12 % der Patientinnen hatten mit niemandem über die Schwangerschaft gesprochen. Die übrigen Frauen waren vor allem aus dem Freundeskreis, von Bekannten und seltener auch von Familienangehörigen unterstützt worden und hatten dort auch seelische Unterstützung erhalten. Hierbei ließ sich feststellen, daß bei vielen Frauen der Eindruck gewonnen werden konnte, daß das mit ihnen geführte Gespräch eine nicht unwillkommene Gelegenheit bot, ihr dringliches und belastendes Problem mit einem Außenstehenden bereden zu können.

17) sh. Fußnote S. - 52 -

6. Einstellung der Angehörigen

18 % der Angehörigen waren gegenüber dem Wunsch der Patientinnen zum Schwangerschaftsabbruch positiv eingestellt. Mit 38 % der Angehörigen war ein Gespräch nach Meinung der Patientinnen gar nicht möglich, sei es, weil die Tatsache für die Familie zu belastend gewesen wäre oder aber, weil die Familie schockiert über die bestehende Schwangerschaft gewesen wäre. 12 % der Patientinnen bezeichneten ein Gespräch mit den Angehörigen von vorneherein als aussichtslos.

7. Einstellung des Arbeitgebers

Über die Hälfte der Patientinnen (54,5 %) meinten, sie würden keine Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber bekommen, falls er von dem Schwangerschaftsabbruch erfahren würde. 30 % der Frauen jedoch waren sehr besorgt, daß ihr Arbeitgeber etwas erfahren könnte, denn sie sahen ernste Schwierigkeiten auf sich zukommen, falls der Arbeitgeber von dem Schwangerschaftsabbruch Kenntnis erhielte.

3 Patientinnen gaben an, Unterstützung von ihrem Arbeitgeber in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch erhalten zu haben. Bei einer Patientin war der Arbeitgeber - wie schon erwähnt - gleichzeitig der Vater des zu erwartenden Kindes und hatte sich sofort von der Patientin getrennt. Berufliche Nachteile würden nach ihrer Meinung jedoch nicht daraus erwachsen. Bei einer arbeitslosen Patientin entfiel diese Frage.

8. Werdegang bis zur Gutachterstelle und Erfahrungen mit den Gutachtern.

51 % der Frauen schilderten, daß teilweise nach einem ausführlichen Gespräch mit dem antragstellenden Arzt, sei es ein Gynäkologe oder ein praktischer Arzt, ihrem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch nachgekommen wurde. 30 % der Patientinnen mußten - im Extrem - bis zu 7 Ärzte aufsuchen, ehe sich ein Arzt zu einer Antragstellung bei der Ärztekammer bereit erklärte. 18 % äußerten sich nicht näher über diesen Punkt, sondern erklärten lediglich, sie hätten die Antragstellung ohne Schwierigkeiten erreicht.

Was die Erfahrungen mit den Gutachtern angeht, so äußerten sich 38 % der Frauen, daß ihnen der Gutachter freundlich und verständnisvoll entgegengetreten sei, 30 % der Frauen empfanden die Gutachtenerstellung als routinemäßig, 15 % gaben an, sie hätten keinerlei Schwierigkeiten gehabt, ein Gutachten zu bekommen und bei ebenfalls 15 % sei das Erhalten des Gutachtens mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden gewesen.

9. Vorwürfe (moralischer, religiöser, anderer Art)?

82 % der Frauen machten sich zur Zeit des Interviews keinerlei Vorwürfe, einen Schwangerschaftsabbruch beantragt zu haben, bei 3 Patientinnen bestanden leichte moralische Bedenken, 2 weitere Patientinnen machten sich, obwohl sie den Abbruch weiterhin wünschten, schwere, vor allem moralische Vorwürfe.

10. Grundsätzliche Haltung zu Kindern

Die überwiegende Mehrzahl (85 %) der Patientinnen schätzte ihr Verhältnis zu Kindern an sich als positiv ein, nur 3 Patientinnen lehnten Kinder völlig ab, 1 Patientin gab an, sie werde sicherlich nie ein Verhältnis zu Kindern entwickeln können und habe auch keinerlei Interesse daran, eine Frau war sich ihrer Meinung zu dieser Frage nicht sicher.

11. Eventueller Kinderwunsch? Unter welchen Bedingungen?

Auch die überwiegende Mehrheit (73 %) der Frauen hatte eigenen Kinderwunsch, jedoch keinesfalls zum jetzigen Zeitpunkt. Auf die näheren Gründe werde ich in Frage 13. eingehen. 18 % äußerten, sie möchten nie eigene Kinder haben, die restlichen Patientinnen waren sich über diesem Punkt noch nicht endgültig im Klaren.

Die Bedingungen, unter denen die Patientinnen ein Kind austragen würden, waren zu 48 % finanzielle Sicherheit, an 2. Stelle mit 33 % gaben die Frauen an, daß ein fester Partner die wichtigste Voraussetzung sei, um ein Kind auszutragen, ebenso ein intaktes Elternhaus (33 %). Für 33 % bildete die Ehe die Voraussetzung. Ebenfalls mit 33 % war die Angabe vertreten, erst die Ausbildung abgeschlossen und einen festen Beruf zu haben. Bei jeweils

2 Patientinnen war die eigene Gesundheit, eigene Reife und genügend Zeit für ein Kind die Bedingung. Da viele Patientinnen mehrere Gründe angaben, ergeben die Prozentangaben hier mehr als 100 %.

12. Maßnahmen zur Kontrazeption

Nachdenklich muß das Ergebnis dieser Frage stimmen, in der die Kontrazeptionsmaßnahmen angesprochen wurden. Da die meisten Patientinnen sich in der sog. "Pillenpause" befanden, ist es um so erstaunlicher, daß von diesen 14 Frauen 64 % keinerlei weitere konzeptionsverhütende Maßnahmen unternahmen, 29 % Kondome benützten und ansonsten die Temperaturmessungsmethode Anwendung fand. Bei den restlichen Frauen hatten 21 % überhaupt keine Konzeptionsverhütung vorgenommen, 15 % hatten Kondome benützt, 3 Patientinnen nahmen zwar Ovulationshemmer, hatten die Anleitung jedoch nicht korrekt befolgt, sondern zwischen- durch eine Pille vergessen und dann keine weiteren Verhütungsmittel angewandt. Weitere 15 % wandten Knaus-Ogino, Temperaturmessung oder Sprays an.

Offensichtlich wollten aber alle Patientinnen die Konsequenz aus der unerwünschten Schwangerschaft ziehen, denn 70 % gaben an, nach dem Schwangerschaftsabbruch regelmäßig Ovulationshemmer anwenden zu wollen, 15 % wollten sich eine Spirale einsetzen lassen, 3 Patientinnen erwogen ernsthaft eine Sterilisation (einen Antrag hatten sie allerdings noch nicht gestellt) und die restlichen 2 Patientinnen wollten sich zunächst an eine Beratungsstelle wenden, um das für sie beste Kontrazeptionsmittel zu erfahren.

13. Motivation

Das Hauptinteresse des persönlichen Interviews richtete sich auf die Frage, was die Patientinnen dazu geführt hatte, einen Schwangerschaftsabbruch zu beantragen.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Gründe, die einzeln oder häufiger in Kombination zu dem Wunsch führten, die Schwangerschaft nicht auszutragen.

TABELLE 38

materielle Unsicherheit bzw. finanzielle Schwierigkeiten	54,4 %
noch in der Ausbildung	42,4 %
ohne festen Partner	39,4 %
schwere Depressionen	12,0 %
Alter zu alt	9,0 %
zu jung	6,0 %
Angst vor embryonaler Schädigung	9,0 %
Vater des Kindes verheiratet	6,0 %
Sonstiges	27,4 %

Da die meisten Patientinnen mehr als einen Grund angaben, ergeben die Prozentzahlen mehr als 100 %. Die Gründe der untersuchten Frauen sind recht unterschiedlich und je nach Alter, Familienstand und beruflicher Bildung verschieden. Wie aus dieser Zusammenstellung deutlich wird, waren materielle Unsicherheit bzw. finanzielle Schwierigkeiten die Hauptbeweggründe. Dies wird um so verständlicher, wenn man sich die Ergebnisse des sozialen Fragebogens (sh. S. 36 ff.) ins Gedächtnis zurückruft, aus denen ja hervorgeht, daß 69,7 % der betroffenen Frauen nur bis 1.000,-- DM netto pro Monat verdienten, also in den niedrigsten Einkommensstufen liegen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt F. Roth¹⁸⁾, doch stellt bei ihm die finanzielle Notlage kein solch gravierendes Problem dar wie im vorliegenden Fall. Bei Roth ist in 44,7 % die finanzielle Notlage das Hauptmotiv.

Etwas anders sind die Motive zur Antragstellung bei W. Greve¹⁹⁾. Als wichtigste Ursache kamen hier Erschöpfungszustände in Frage, entweder durch eine hohe Kinderzahl, durch rasch aufeinanderfolgende Geburten oder durch vorausgegangene Erkrankungen. Auch hier ist die soziale Not-situation eine der entscheidenden Ursachen für die Antragstellung, wenn auch nicht in dem Ausmaß wie in der vorliegenden Arbeit. An dritter Stelle rangieren familiäre Konfliktsituationen, seien sie mit dem Ehepartner, den

18) F. Roth "Kritische Betrachtungen zur heutigen Praxis der Schwangerschaftsunterbrechung" - Schw. Med. Wschr. 88, 50, 1958, S. 1251-55

19) W. Greve "Psychische Folgen nach Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation" - Gießen, Med.F., Hab.Schr. v. 3. Febr. 1969

Eltern, Schwiegereltern oder schon vorhandenen, älteren Kindern. Weitere Ursachen waren die Angst um ein krankes Kind, Angst vor der Schwangerschaft oder der Geburt und das Gefühl, für eine Schwangerschaft schon zu alt zu sein.

Dadurch, daß es sich in der genannten Arbeit bei 89 % der Patientinnen um Verheiratete handelte und zusätzlich die Sterilisation miteinbezogen wurde, während in der vorliegenden Untersuchung nur Nulliparae Beachtung fanden und diese in 94 % der Fälle ledig waren, erklärt sich die zum Teil andersartig gelagerte Motivation.

Auch L. Freundt²⁰⁾ hat die Motive für einen legalen Schwangerschaftsabbruch untersucht. Bei ihm rangieren an erster Stelle Krankheit, an zweiter Heirat außer Frage, drittens Überarbeitung (Erschöpfung) und erst an 4. Stelle schlechte soziale Umstände mit nur 22 %.

Der hohe Prozentsatz in der vorliegenden Arbeit - was die sozialen Verhältnisse angeht - erklärt sich vor allem durch den hohen Anteil an Schülerinnen und Studentinnen in der untersuchten Patientengruppe, die über kein eigenes Einkommen verfügen und nur geringe finanzielle Unterstützung erhalten.

Als zweitwichtigster Grund fand sich in 42,2 % die Tatsache, daß die Frauen sich noch in der Ausbildung befänden. Wie schon erwähnt, macht die große Gruppe der Schülerinnen und Studentinnen von 36,4 % dieses Argument verständlich. Alle diese Patientinnen waren noch ledig.

Fast ebenso häufig gaben die Patientinnen an, daß sie ohne einen festen Partner kein Kind großziehen möchten. Die Frauen, für die eine feste Partnerschaft die Voraussetzung darstellte, um ein Kind in die Welt zu setzen, waren zu 76,9 % ledig, der Rest lebte vom Ehemann getrennt oder war geschieden.

Die Patientinnen, die ihr Alter als Grund anführten, waren 37, 41 bzw. 42 Jahre alt (zu alt) und 15 bzw. 17 Jahre alt (zu jung).

20) I. Freundt "Investigations of women admitted to hospital with abortion" Acta psychiatr. Scand (Suppl.) 242:1-221. 1973

Einige Frauen lehnten die Schwangerschaft heftig ab, da sie eine embryonale Schädigung des Kindes befürchteten. Nach Aussage einer Patientin im Nachinterview zeigte der Foet der Patientin nach dem Schwangerschaftsabbruch Mißbildungen, was verständlicherweise sehr zur psychischen Besserung der Patientin beitrug.

Unter "Sonstiges" sind folgende Gründe zu verstehen:

- Angst vor erneuter Fehlgeburt (nach 4 Fehlgeburten)
- Konzeption unter Alkoholeinfluß von einem Ausländer
- eigene Gesundheit beeinträchtigt - Epilepsie - schwere Hormonstörung
- völlige prinzipielle Ablehnung von Kindern
- Unfähigkeit, ein Kind in der derzeitigen Lebenssituation aufzuziehen.

B. NACHINTERVIEWS

Vier Wochen bis zwei Monate nach dem ersten Interview suchte ich die Patientinnen auf oder versuchte, telefonisch bzw. brieflich Kontakt mit ihnen aufzunehmen. Drei Patientinnen erreichte ich trotz intensiver Bemühungen nicht, so daß ein Nachinterview hier nicht stattfinden konnte.

Den übrigen 30 Patientinnen stellte ich folgende Fragen:

1. Hatten Sie Schwierigkeiten, eine Klinik zu finden, die den Schwangerschaftsabbruch durchführte?
2. Wie verhielten sich die behandelnden Ärzte und Schwestern während des Klinikaufenthaltes Ihnen gegenüber?
3. Traten nach dem Schwangerschaftsabbruch Nebenwirkungen auf und welcher Art waren diese Nebenwirkungen?
4. Würden Sie bei einer weiteren unerwünschten Schwangerschaft erneut einen Antrag auf Schwangerschaftsabbruch stellen?
Wenn nein, welches sind Ihre Gründe?
5. Wie beurteilen Sie die Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Formalitäten von der Antragstellung bis zur Einweisung in die Klinik?

6. Welche Methode der Schwangerschaftsunterbrechung wurde bei Ihnen vorgenommen?

Bei zwei der von mir nachuntersuchten Patientinnen wurde die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs trotz zweier positiver Gutachten von der Klinik abgelehnt. Die Begründung für die Ablehnung durch die Gynäkologen der Klinik war in beiden Fällen, die Schwangerschaft sei schon zu weit fortgeschritten. Beide Patientinnen befanden sich im 4. Schwangerschaftsmonat und haben beschlossen, die Schwangerschaft nun doch auszutragen und nicht den illegalen Weg zu beschreiten.

Die Befragung der restlichen 28 Patientinnen brachte folgende Ergebnisse:

Frage 1: 18 Patientinnen (64,2 %) gaben an, ohne Schwierigkeiten eine Klinik zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs gefunden zu haben. 12 Patientinnen (42,8 %) mußten teilweise bis zu acht Kliniken anrufen bzw. aufsuchen, ehe sie ein Klinikbett bekamen. 4 Patientinnen berichteten, sie hätten eine Privatklinik aufsuchen und bis zu 500.- DM für den Schwangerschaftsabbruch bezahlen müssen.

Frage 2: Die Ärzte wurden von 16 Patientinnen (57,1 %) als freundlich beschrieben. Je 3 Patientinnen äußerten: unfreundlich, gleichgültig oder neutral. Von jeweils einer Patientin kam das Urteil routinemäßig, abfällig oder keine Angabe. Ähnlich fielen die Angaben über das Pflegepersonal aus. 14 Patientinnen (50 %) schilderten die Schwestern als freundlich. Je 4 Patientinnen empfanden die Behandlung als unfreundlich oder gleichgültig, je 3 Patientinnen als abfällig bzw. neutral.

Frage 3: 39 % der Frauen gaben keinerlei Nebenwirkungen nach dem Schwangerschaftsabbruch an, weder psychischer noch physischer Art. 5 Patientinnen gaben an, psychisch sehr stark durch den Schwangerschaftsabbruch mitgenommen gewesen zu sein. Bei 6 Patientinnen stellten sich postoperativ starke Blutungen ein, die teilweise bis zu vierzehn Tagen andauerten. Bei 1 Patientin dauerten die Depressionen weiterhin unverändert an und besserten sich spontan, nachdem man ihrem Wunsch nach

Sterilisation nachgekommen war. Außerdem fanden sich Nebenwirkungen wie Adnexitis, länger andauernde Übelkeit, Kreislaufbeschwerden, Unterleibsschmerzen und Fieber. Bei allen Angaben überwogen jedoch die physischen Beschwerden. Eine endgültige Aussage über die psychischen Auswirkungen des Schwangerschaftsabbruchs ließ sich durch dieses Nachinterview natürlich nicht machen und hätte auch den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschritten. Ausführliche Untersuchungen über die psychischen Folgen nach Schwangerschaftsunterbrechung finden sich bei W. Greve¹⁹⁾ und M. Ekblad²¹⁾, die Untersuchungen an Patientinnen nach Schwangerschaftsunterbrechung durchführten.

Frage 4: Die Frage, ob die Patientin erneut einen solchen Antrag stellen würde, falls es wieder zu einer unerwünschten Schwangerschaft kommen sollte, beantworteten 9 Patientinnen (32,1 %) mit einem klaren "Ja", zwei Patientinnen wollten sich nicht genau festlegen. 17 Frauen (60,7 %) wollten auf keinen Fall mehr einen Antrag auf Schwangerschaftsabbruch stellen und zwar in 32,1 % der Fälle aus folgendem Grund: die Frauen schilderten, die "Prozedur" der Beantragung sei so belastend und unangenehm gewesen, daß sie sie auf keinen Fall noch einmal erleben und mitmachen möchten. 4 Patientinnen empfanden es als zu starke psychische Belastung, einen Schwangerschaftsabbruch durchzustehen und 6 weitere Frauen gaben moralische Bedenken gegen einen erneuten Schwangerschaftsabbruch als Grund an. Eine weitere Patientin hatte zuviel Angst vor einem erneuten operativen Eingriff und antwortete aus diesem Grund mit "Nein". W. Greve¹⁹⁾ stellte bei seiner Untersuchung nach erfolgtem Schwangerschaftsabbruch fest, daß 51,5 % der Frauen eine positive Einstellung zum Abbruch bekundeten, 11,3 % waren negativ und 37,1 % ambivalent eingestellt. Bei Levene und Rigney²²⁾

19) sh. Fußnote S. 57

21) M. Ekblad "Induced abortion on psychiatric grounds" - Acta psychiatr. et neurolog. Scand. 30 (Suppl.) 99, 1955

22) H.I. Levene and F.J. Rigney "Law, preventive psychiatry and therapeutic abortion" - The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 151, No. 1

fanden sich nur 2 von 18 Patientinnen, die keinen Schwangerschaftsabbruch mehr erleben wollten. Interessanterweise schildern die Autoren, daß 3 Patientinnen es vorziehen würden, einen illegalen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen, da ihnen die "Prozedur" des legalen Schwangerschaftsabbruchs "grausam" und "unmenschlich" erschien.

Frage 5: 14 Patientinnen (50 %) schilderten in Übereinstimmung mit der vorangegangenen Frage den Weg von der Antragstellung bis zur Einweisung in die Klinik als zu belastend, unangenehm, unzumutbar, zu problematisch und in einem Fall sogar als menschenunwürdig. 8 Patientinnen fühlten sich durch die gesetzlich gegebenen Formalitäten nicht besonders belastet und 5 weitere Frauen wollten sich zu dieser Frage nicht näher äußern.

Frage 6: In 23 Fällen (82 %) wurde bei den Patientinnen eine Curettage durchgeführt. Bei 2 Patientinnen führte man eine Prostaglandin-Interruptio durch, beide Frauen empfanden den Schwangerschaftsabbruch als äußerst schmerzhaft und unangenehm. Bei den restlichen 3 Patientinnen fand der Schwangerschaftsabbruch in Form einer Vakuum-Extraktion mit Nachcurettage statt.

G. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Untersuchung fand an 33 deutschsprachigen Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz des Klinikums Steglitz der Freien Universität Berlin statt. Befragt wurden Frauen, die ihre bestehende Schwangerschaft ablehnten und aus diesem Grunde einen Antrag auf Schwangerschaftsabbruch bei der Ärztekammer Berlin gestellt hatten. Die Auswahl der Patientinnen erfolgte rein zufällig und beschränkte sich auf den Zeitraum von Mai bis Oktober 1974.

Hauptziel der Untersuchung war es, herauszufinden, welche Motive die Patientinnen bewegt hatte, die Schwangerschaft nicht auszutragen, sondern einen Abbruch zu beantragen, in welcher sozialen Situation diese Frauen sich befanden und welche Persönlichkeitsprofile die Antragstellerinnen erkennen ließen.

Um Vergleiche anstellen zu können, wurde eine gleichgroße Gruppe von Frauen befragt, die von der Schwangerenberatungsstelle des Klinikums Steglitz betreut wurden, und die ihre Schwangerschaft auszutragen wünschten. Diese Kontrollpatientinnen befanden sich genau wie die erste Gruppe in der Frühschwangerschaft bis einschließlich 4. Schwangerschaftsmonat und entsprachen auch altersmäßig in etwa der Patientengruppe aus der Psychiatrischen Ambulanz.

Eine ähnliche Untersuchung führten Ford, Castelnovo-Tedesco und Long²³⁾ am Harbor General Hospital durch. Sie untersuchten 40 Frauen, die einen legalen Schwangerschaftsabbruch wünschten und verglichen sie mit 52 schwangeren Frauen mit Kinderwunsch.

23) Ford, Ch.V., Castelnovo-Tedesco, P. and Long, K.D.
"Women who seek therapeutic abortion: a comparison with women who complete their pregnancies" - Amer. J. Psychiatr.
129 : 5, Nov. 1972

In der vorliegenden Arbeit erfolgte die Befragung nach den Motiven, eine Schwangerschaft abbrechen zu lassen im Rahmen eines persönlichen Interviews, zu dem sich die Patientinnen nach ausführlicher Information über den Sinn und Zweck des Interviews zum großen Teil spontan bereit fanden. Im Laufe der Auswertung der persönlichen Interviews zeigte sich eine deutliche Übereinstimmung mit den Ergebnissen des sozialen Fragebogens zur Eruiierung der sozialen Situation der Patientinnen. Das am häufigsten genannte Motiv zum Schwangerschaftsabbruch war mit 54,4 % materielle Unsicherheit bzw. finanzielle Schwierigkeiten. An zweiter Stelle wurde als Grund angegeben, daß die Patientin sich noch in der Schul- bzw. Berufsausbildung befand (42,2 %) und am dritthäufigsten (39,4 %) war der fehlende feste männliche Partner das Hauptmotiv, die Schwangerschaft nicht auszugetragen. Häufig hatte auch eine Kombination dieser Gründe zu dem Entschluß des Schwangerschaftsabbruchs geführt.

Vergleiche mit anderen Autoren wie W. Greve, F. Roth oder L. Freundt (vgl. SS. 57-52-57) ergaben, daß die soziale Notlage, die hier als das Hauptmotiv angeführt wurde, in der vorliegenden Arbeit ein wesentlich schwerwiegenderes Problem darstellte als in anderen vergleichbaren Arbeiten. Der Grund hierfür liegt vor allem in der Zusammensetzung des Patientengutes, das, obwohl die Auswahl der Patientinnen rein zufällig erfolgte, zu 36,4 % aus Schülerinnen und Studentinnen, einer Arbeitslosen und ansonsten aus kleineren Angestellten bestand. Auch das weitere Hauptmotiv, ohne festen Partner kein Kind aufziehen zu können oder zu wollen, erklärt sich aus dem hohen Anteil an ledigen Frauen, die fast 80 % der Patientinnen aus der Psychiatrischen Ambulanz ausmachten.

Die Durchführung einer sozialen Befragung mittels eines Fragebogens bestätigte eindrucksvoll die Aussagen über die Motivation zum Schwangerschaftsabbruch. 69,7 % der Interruption-willigen Frauen lagen in

ihrem Nettoeinkommen in der Einkommenstufe bis 1.000.- DM monatlich. Im Vergleich dazu fielen nur 36,4 % der Kontrollpatientinnen in diese Gruppe, wobei diese letztere Zahl insofern täuscht, als ja 31 von 33 Kontrollpatientinnen verheiratet waren und somit zusätzlich das Nettoeinkommen des Ehemannes mitberücksichtigt werden muß. Von den Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz waren nur 2 von 33 Frauen verheiratet, 3 weitere verlobt, die restlichen 28 Patientinnen waren ledig, geschieden oder lebten getrennt, so daß man lediglich ihr eigenes Nettoeinkommen zugrunde legen konnte. Nur 21,2 % der Frauen aus der Psychiatrischen Ambulanz verdienen bis zu 1.400.- DM monatlich, bei den Kontrollpatientinnen waren es immerhin 36,4 %. Auch hier gilt, daß die meisten dieser Frauen verheiratet waren und zusätzlich das Nettoeinkommen des Ehemannes bei der Beurteilung der sozialen Situation dieser Gruppe mit einbezogen werden muß. In der Gruppe ab 1.800.- DM monatliches Nettoeinkommen sind keine Patientinnen der Psychiatrischen Ambulanz mehr vertreten, aber immerhin noch 24,2 % der Frauen aus der Kontrollgruppe wiederum unter Berücksichtigung des Verdienstes des Ehemannes. Diese Zahlen machen überaus deutlich, daß sich die Frauen, denen eine Schwangerschaft wenig wünschenswert erschien, in einer finanziell und sozial wesentlich schlechteren Situation befanden als die Frauen mit Kinderwunsch.

Die Anwendung des GIESSEN - TESTS und des FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTARS sollte helfen, die Persönlichkeitsprofile der untersuchten Patientinnen herauszufinden. Die Auswertung dieser beiden Fragebogen erfolgte durch Computeranwendung am Rechenzentrum der Technischen Universität Karlsruhe. Sowohl der GIESSEN-TEST als auch das FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR ergaben zumindest in einem wesentlichen Punkt einen interessanten Unterschied zwischen beiden Patienten-Kollektiven.

Nach dem GIESSEN - TEST schilderten sich die Interruptio-willigen

Patientinnen häufiger als die Kontrollpatientinnen – und zwar mit statistischer Signifikanz – als negativ sozial resonant, depressiv und retentiv. Keine nennenswerten Abweichungen ergaben sich bezüglich der Fragestellung dominant oder gefügig, unterkontrolliert oder zwanghaft und sozial potent oder impotent. In diesen Gruppen zeigten sich bei beiden Patientenkollektiven ähnliche Ergebnisse. Das bemerkenswerteste Ergebnis zeigte sich im Vergleich beider Patientinnengruppen bei der Frage der Grundstimmung, die eine signifikante Erhöhung der Depressivität in der Gruppe der Frauen, die ihre Schwangerschaft ablehnten, offenbarte. Dies wurde noch durch die häufige Entscheidung zu Extremankreuzungen bestätigt, was nach Dieter Beckmann's Handbuch auf einen höheren Grad an Depressivität hinweist.

Im FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR stellten sich die Interruptio-willigen Frauen häufiger als die Kontrollpatientinnen folgendermaßen dar: eher psychosomatisch gestört als ungestört, eher mißgestimmt und unsicher als zufrieden und selbstsicher, eher irritierbar und zögernd als selbstvertrauend und gutgelaunt, eher nachgiebig und gemäßigt als reaktiv aggressiv und sich durchsetzend, eher emotional labil als emotional stabil. Die typische weibliche Selbstschilderung überwog die typisch männliche. Die deutlichsten Abweichungen zwischen beiden Patientinnengruppen ergaben sich jedoch wiederum in der Frage der Depressivität.

Die im Beschwerdefragebogen am häufigsten angegebenen Beschwerden unterstreichen weiterhin die im GIESSEN – TEST und im FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR erzielten Ergebnisse. Die Patientinnen mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch gaben übermäßiges Schlafbedürfnis, Müdigkeit, Menstruationsbeschwerden, rasche Erschöpfbarkeit, Mattigkeit und Neigung zum Weinen an, also körperliche Beschwerden, die in einem engen Zusammenhang mit einer

depressiven Stimmungslage zu werten sind. Zusätzlich zu den vorgegebenen Beschwerden fanden ausschließlich bei den die Schwangerschaft ablehnenden Frauen die Symptome Depressivität, Reizbarkeit, Nervosität, Hypersensibilität und Angst- und Spannungsgefühl Erwähnung.

Abschließend läßt sich also festhalten: der entscheidende Unterschied zwischen der Gruppe von Frauen, die ihre bestehende Schwangerschaft ablehnten und einen Schwangerschaftsabbruch wünschten und der Vergleichsgruppe von Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen wollten, war ein signifikant höherer Grad an Depressivität. Es ginge über den Rahmen dieser Arbeit hinaus, zu beurteilen, wie groß die Wahrscheinlichkeit eines eventuellen Selbstmordversuches bei Antragsablehnung gewesen wäre und die Angaben in der Literatur über die Gefahr des Selbstmordes im Falle einer Ablehnung reichen sehr weit auseinander. Daß man jedoch bei den meisten Frauen mit einer wesentlich höheren Depressivität rechnen muß, hat die vorliegende Arbeit aufzuzeigen versucht. Das Ergebnis der Untersuchung bestätigt somit anhand statistisch signifikanter Daten das Urteil vieler psychiatrischer Gutachter, die beim Vorliegen einer ausgeprägten, meist reaktiven Depression einen Antrag auf Schwangerschaftsabbruch befürworten und genehmigen.

ANHANG

Name

Beruf

Geburtsdatum

Testdatum

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß Ihr Verhalten **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

1 Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2 Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3 Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4 Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5 Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6 Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7 Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8 Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9 Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10 Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11 Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12 Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13 Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14 Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15 Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16 Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17 Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18 Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenu.
19 Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20 Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21 Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22 Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

23	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27	Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszu- sehen.
28	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusam- menzuarbeiten.
29	Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30	Ich glaube, ich kann einem Partner außer- ordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Le- benskampf durchzusetzen.
34	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35	Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36	Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37	Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu an- deren eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39	Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

Datum:

Name:

Vorname:

geboren am:

Auf den folgenden Seiten ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der Spalte "nicht".

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:

Beschwerden	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
1. Schwächegefühl					
2. Herzklopfen, Herzjagen, oder Herzstolpern					
3. Druck- oder Völlegefühl im Leib					
4. Neigung zum Weinen					
5. Juckreiz					
6. Ohnmachtsanfälle					
7. Übermäßiges Schlafbe- dürfnis					
8. Geschlechtliche Unter- erregbarkeit					
9. Gelenk- oder Glieder- schmerzen					
10. Schwindelgefühl					
11. Kreuz- oder Rücken- schmerzen					
12. Starkes Schwitzen					
13. Nacken- oder Schulter- schmerzen					
14. Gehstörungen					

Beschwerden	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
15. Erbrechen					
16. Sehstörungen					
17. Anfälle					
18. Übelkeit					
19. Gewichtszunahme					
20. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
21. Drang zum Wasserlassen					
22. Hautveränderungen					
23. Aufstoßen					
24. Überempfindlichkeit gegen Kälte					
25. Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
26. Verkrampfung im Arm beim Schreiben					
27. Kopfschmerzen					
28. Überempfindlichkeit gegen Wärme					
29. Rasche Erschöpfbarkeit					
30. Schlafstörungen					
31. Geschlechtliche Über- erregbarkeit					
32. Müdigkeit					
33. Gleichgewichtsstörungen					
34. Schluckbeschwerden					
35. Hustenreiz					

Beschwerden	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
36. Gefühl der Benommenheit					
37. Taubheitsgefühl (Einschlafen, Absterben, Brennen oder Kribbeln in Händen und Füßen)					
38. Verstopfung					
39. Appetitlosigkeit					
40. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen					
41. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
42. Mattigkeit					
43. Durchfälle					
44. Lähmungen					
45. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
46. Zittern					
47. Halsschmerzen					
48. Leichtes Erröten					
49. Kalte Füße					
50. Heißhunger					
51. Magenschmerzen					
52. Anfallsweise Atemnot					
53. Unterleibsschmerzen					
54. Gewichtsabnahme					
55. Druckgefühl im Kopf					

Beschwerden	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
56. Beschwerden bei der Periode (bei Frauen)					
57. Anfallsweise Herzbe- schwerden					
58. Sprachstörung					

Sind Ihrer Meinung nach Ihre Beschwerden eher körperlich oder eher seelisch oder auch körperlich und seelisch bedingt? Kreuzen Sie bitte an, was Ihrer eigenen Meinung nach zutrifft.

	nicht	etwas	zum Teil	über- wiegend	allein
körperlich					
seelisch					

Falls Ihre Beschwerden in der Liste nicht vorkommen, bitten wir Sie, diese nachfolgend zu notieren:

Beschwerden	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

SOZIALER FRAGEBOGEN

ALTER

bis 20 Jahre

20 - 25 Jahre

25 - 30 Jahre

30 - 35 Jahre

35 Jahre und älter

RELIGIONSGEMEINSCHAFT

evangelisch

katholisch

andere Religionsgemeinschaften

gemeinschaftslos

RELIGIÖSE ÜBERZEUGUNG

überzeugt

unentschieden

gleichgültig

ablehnend

FAMILIENSTAND

ledig

verlobt

verheiratet

verwitwet

geschieden

getrennt lebend

HAUSHALTSSTRUKTUR

allein lebend

mit Freund/ Freundin/ Verlobtem

mit Familie (Ehemann)

mit eigenen Eltern oder Elternteil

mit den Eltern oder einem Elternteil des Ehepartners

Wohngemeinschaft

JETZIGE WOHNVERHÄLTNISSE

Eigentumswohnung

Mietwohnung

zur Untermiete

Heim

ANZAHL DER ZIMMER (ZUR EIGENEN VERFÜGUNG)

< 1

1

2

3

4

5 und mehr

WIEVIEL % DES EINKOMMENS MÜSSEN SIE FÜR DIE MONATLICHE MIETE AUFBRINGEN ?

bis 10 %

10 - 15 %

15 - 20 %

20 - 25 %

25 - 30 %

30 % und mehr

SCHULBILDUNG

keine abgeschlossene Schulbildung - Sonderschule

Volksschulabschluß

Handels- und Berufsschulabschluß

Mittlere Reife

Abitur

Abendschule

noch in der Schulausbildung

BERUFSAUSBILDUNG

ungelernte Tätigkeit

angelernte Tätigkeit

noch in der Schulausbildung

Ausbildung abgebrochen

Fachausbildung

Studium

abgeschlossene Fachausbildung

abgeschlossenes Studium

BERUFLICHE STELLUNG

Schülerin

Studentin

Angestellte

Beamtin

Arbeiterin

Facharbeiterin

Arbeitslose

selbständig

Hausfrau

BERUFSTÄTIGKEIT DES EHEMANNS (siehe vorhergehende Frage)

BERUFLICHE STELLUNG DES EHEMANNS (siehe unter eigene berufl. Stellg.)

EIGENES NETTOEINKOMMEN

unter 400.- DM

400.- bis 600.- DM

600.- bis 800.- DM

800.- bis 1.000.- DM

1.000.- bis 1.400.- DM

1.400.- bis 1.800.- DM

1.800.- bis 2.200.- DM

2.200.- DM und mehr

NETTOEINKOMMEN DES EHEMANNS (siehe unter eigenem Nettoeinkommen)

ARBEITSZEIT UND WEGZEIT (FALLS BERUFSTÄTIG)

Ø Stunden

2 - 4 "

4 - 6 "

6 - 8 "

8 Stunden und mehr

REGELMÄSSIGE ARBEITSZEITEN - WENN NEIN

arbeitslos

Teilzeitarbeit

Bedarfsarbeit

Saisonarbeit

Nacht- und Schichtdienst

unregelmässig

regelmässig

ZUFRIEDENHEIT MIT DER JETZIGEN BERUFSTÄTIGKEIT

ja

nein

Falls Kritik am Beruf:

ungesichtere Stellung

schlechte Bezahlung

zu schwere Arbeit

unangenehme Arbeitsbedingungen, z. B. Monotonie

zu hohes Arbeitstempo

fehlender Kontakt zu Kollegen

Sonstiges. . . .

HÄUFIGKEIT DES ARBEITSPLATZWECHSELS IN DEN LETZTEN 3 JAHREN

kein Wechsel

ein "

zwei "

drei und mehr Wechsel

arbeitslos

FALLS ARBEITSPLATZWECHSEL, GRÜNDE DAFÜR

familiäre Gründe

Arbeitsbedingungen

Verdienst

Weiterkommen

andere Umstände, z. B. Umzug

gesundheitliche Gründe

ART DES ZUHAUSES IN DER KINDHEIT

bei leiblichen Eltern

bei Mutter ohne Vater

bei Vater ohne Mutter

bei Stiefeltern

bei Großeltern

bei Pflegeeltern

Heim

Adoptiveltern

WAREN SIE VON IHREN ELTERN FÜR LÄNGERE ZEIT JEMALS GETRENNT?

ja

nein

STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE

keine Geschwister

erstgeboren (nur jüngere Geschwister)

zwischengeboren (ältere und jüngere Geschwister)

letztgeboren (nur ältere Geschwister)

ZAHL DER GESCHWISTER

AUFGEWACHSEN IN

einer Großstadt

einer Kleinstadt

einer Landgemeinde

LITERATURVERZEICHNIS

Beckmann, D. und Richter, H.-E.

GIESSEN - TEST (GT)

Ein Test für Individual - und Gruppendiagnostik

Verlag Hans Huber 1972

Bevölkerungsstatistik des Senators für Inneres, Berlin, 1970

Cohen, R.

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN ZUR KLINISCHEN URTEILSBILDUNG
AUFGRUND PSYCHOLOGISCHER TESTS

in: Hardesty, F. u. Eyterth, K., Forderungen an die Psychologie, Huber, Bern 1965

Crowley, R. M. and Laidlaw, R. W.

PSYCHIATRIC OPINION REGARDING ABORTION: PRELIMINARY REPORT
OF A SURVEY

Amer. J. Psychiat. 124 : 4, Oct. 1967

David, H. P.

ABORTION IN PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE

Amer. J. Orthopsychiat. 42 (1), Jan. 1972

Dreher, Dr. E.

STGB UND NEBENGESETZE

in Beck'sche Kommentare, München, 33. Auflage 1972

Ekblad, M.

INDUCED ABORTION ON PSYCHIATRIC GROUNDS
A follow-up study of 479 women

Acta psychiat. et neurol. Scand. 30 (Suppl.) 99, 1955

Fahrenberg, J., Selg, H. und Hampel, R.

DAS FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR (FPI)

Verlag für Psychologie, Dr. c. J. Hogrefe, Göttingen, 2. Auflage 1973

Fleck, S.

SOME PSYCHIATRIC ASPECTS OF ABORTION

The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 151, No. 1

Ford, Ch. V., Castelnuovo-Tedesco, P. and Long, K. D.

WOMEN WHO SEEK THERAPEUTIC ABORTION: A COMPARISON WITH
WOMEN WHO COMPLETE THEIR PREGNANCIES

Amer. J. Psychiat. 129 : 5, Nov. 1972

Freundt, L.

INVESTIGATIONS OF WOMEN ADMITTED TO HOSPITAL WITH ABORTION

Acta psychiat. Scand. (Suppl.) 242 : 1 - 221, 1973

Greve, W.

PSYCHISCHE FOLGEN NACH SCHWANGERSCHAFTSUNTERBRECHUNG
UND STERILISATION

Katamnestiche Untersuchungen an 238 Patientinnen

Gießen, Med. F., Hab. Schr. v. 3. Febr. 1969

Greve, W.

PSYCHISCHE ASPEKTE DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS

in: Berliner Ärztekammer 11, 74

van der Heydt, A.

ZUR FRAGE DER SCHWANGERSCHAFTSUNTERBRECHUNG BEI DEPRESSION

Med. Klin. 11 (1949) Jahrgang 44, 321-325

Hug, A.

ZUR PSYCHOLOGIE UND SOZIOLOGIE DER UNEHELICHEN SCHWANGERSCHAFT
UND MUTTERSCHAFT BEI JUGENDLICHEN

Diss. Zürich 1957

Kane, F. J., Jr., Feldman, M., Jain, S. and Liston, M. A
EMOTIONAL REACTIONS IN ABORTION SERVICES PERSONNEL
Arch Gen Psychiatry, Vol. 28, March 1973

Kenyon, F. E.

TERMINATION OF PREGNANCY ON PSYCHIATRIC GROUNDS:
A COMPARATIVE STUDY OF 61 CASES

Br. J. med. Psychol. (1969) 42, 243

Lebensohn, Z.M.

LEGAL ABORTION AS A POSITIVE MENTAL HEALTH MEASURE IN
FAMILY PLANNING

Comprehensive Psychiatry, Vol. 14, No. 2 (March, April), 1973

Levene, H. I. and Rigney, F. J.

LAW, PREVENTIVE PSYCHIATRY AND THERAPEUTIC ABORTION

The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 151, No. 1

Mende, W.

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH UND STERILISATION AUS NERVEN-
ÄRZTLICHER SICHT

J. F. Lehmann, München 1968

Meyer, E.

ZUR FRAGE DES KÜNSTLICHEN ABORTES BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Münch. med. Wschr., 1912, Nr. 51

Niswander, K. R., Singer, J. and Singer, M.

PSYCHOLOGICAL REACTION TO THERAPEUTIC ABORTION

Amer. J. Obstet. Gynecol., Sept. 1, 1972

Peck, A.

THERAPEUTIC ABORTION: PATIENTS, DOCTORS AND SOCIETY

American Journal of Psychiatry, 125 : 6. Dez. 1968

Petermann, R.

SCHWANGERSCHAFTSUNTERBRECHUNG AUS NERVENÄRZTLICHER
INDIKATION

Inaug. Diss., Münster, 1960

Priest, R. G.

THE BRITISH CANDIDATE FOR TERMINATION OF PREGNANCY
A Quantified Survey of Psychiatric Referrals

Brit. J. Psychiat. (1971) 118, 579-80

Rodger, T. F.

ATTITUDES TOWARD ABORTION

Amer. J. Psychiat. 125 : 6. Dez. 1968

Roth, F.

KRITISCHE BETRACHTUNGEN ZUR HEUTIGEN PRAXIS DER SCHWANGER-
SCHAFTSUNTERBRECHUNG

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 88, 50, 1251-55, 1958

Sachs, L.

ANGEWANDTE STATISTIK

Planung und Auswertung, Methoden und Modelle

Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, New York, 4. Auflage 1974

Schulte, W, Schulte, M. und Schulte, S.

UNERWÜNSCHTE SCHWANGERSCHAFT

Suttgart 1969

Schwartz, R. A.

PSYCHIATRY AND THE ABORTION LAWS: AN OVERVIEW

Comprehensive Psychiatry, Vol. 9, No. 2, March 1968

Sullivan, P. R.

THE ROLE OF HUMAN CONSCIENCE IN THERAPEUTIC ABORTION

Amer. J. Psychiat. 127 : 2, Aug. 1970

Tätigkeitsbericht der Gutachterstelle für gesetzliche Schwangerschafts-
unterbrechung und gesetzliche Sterilisation bei der Ärztekammer
Berlin 1971 - 1975

Wyss, R.

DIE PSYCHIATRISCHE INDIKATION ZUR SCHWANGERSCHAFTSUNTER-
BRECHUNG BEI NICHT GEISTESKRANKEN FRAUEN

Schweiz. med. Wschr., J. 88 (1958), 1255-1257

Wyss, R.

in: Müller-Stucki

RICHTLINIEN ZUR MEDIZINISCHEN INDIKATION DER SCHWANGER-
SCHAFTSUNTERBRECHUNG

Berlin-Göttingen-Heidelberg 1964

Zenz, H.

EMPIRISCHE BEFUNDE ÜBER DIE GIESSENER FASSUNG EINER BESCHWER-
DELISTE

Z. f. Psychoth. u. med. Psychol. 21, 8, 1971

Zolliker, A.

DIE NERVENÄRZTLICHE BEURTEILUNG DER SCHWANGERSCHAFTSFÄHIG-
KEIT AN DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSPOLIKLINIK ZÜRICH IN
DEN JAHREN 1933 - 1934

Archiv f. Neurologie und Psychiatrie XL.

Herrn Priv. Doz. Dr. med. W. Greve danke ich für die freundliche Unterstützung und Hilfe bei der Ausführung der Arbeit.

Herrn Dr. med. H. Berzewski und Frau Dr. med. H. Palicki danke ich für die Überlassung des Themas und der Patientinnen.

Frau Lehnert danke ich für die freundliche Hilfe bei der Auswahl der Patientinnen.

Herrn Dr. med. G. Karkut und den Mitarbeiterinnen der Schwangerenberatungsstelle danke ich für die Überlassung der Patientinnen und die freundliche Hilfe bei der Durchführung der Befragung der Kontrollpatientinnen.

Der Technischen Universität Karlsruhe danke ich für die Genehmigung zur Nutzung des Rechenzentrums.

LEBENS LAUF

- 1950 Geboren in Berlin-Zehlendorf am 26. Dezember
- 1961 Eintritt in das Fichtegymnasium Karlsruhe
- 1967 Austauschschülerin an der Berrien Springs High School,
Michigan, USA
- 1968 Abschluß mit dem High School Diplom
- 1969 Abitur am Fichtegymnasium Karlsruhe
Zulassung zum Studium der Zahnmedizin an der
Universität Freiburg
- 1970 Wechsel zum Studium der Humanmedizin
- 1972 Physikum
- 1973 Weiterstudium an der Freien Universität Berlin
- 1976 Abschluß des Studiums mit der ärztlichen Prüfung
am 24. Februar
Tätigkeit als Medizinalassistentin am Klinikum Westend
der Freien Universität Berlin und am Rudolf-Virchow-
Krankenhaus in den Fächern - Innere Medizin - Kinder-
Chirurgie - Augenheilkunde
- 1977 Approbation am 1. Juni

